



Directeur d'Hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

**La Maîtrise des Heures
Supplémentaires à l'Hôpital :
Bilan & Perspectives**

Vincent GUÉRET

Remerciements

En tout premier lieu, je tiens à remercier l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Cornouaille, pour son accueil lors de mon stage.

Un grand Merci aussi à Madame Anne-Cécile PICHARD, Directrice des Ressources Humaines, pour m'avoir confié le dossier des heures supplémentaires au C.H.I.C. J'y ai trouvé un sujet de mémoire. Son expertise sur mon travail et la qualité de nos échanges m'ont été très précieux.

Un Merci tout particulier à Madame Sylvie LE MOAL, ma « Maîtresse de stage », pour son accueil, son soutien et sa bonne humeur tout au long de ces 8 mois passés au C.H.I.C.. Elle a su être une personne ressource.

Qu'il me soit aussi permis de remercier ici Monsieur Olivier BELLEC, mon encadrant mémoire qui a dégagé le temps nécessaire pour m'accompagner et me conseiller dans la construction de ce travail. Il y reconnaîtra sûrement un peu de sa philosophie en G.R.H. Son expertise et son regard extérieur sur mon sujet, m'ont été d'un grand secours. Qu'il s'en trouve mille fois remercié.

Enfin, je remercie l'ensemble du personnel du C.H.I.C. pour son accueil dans les services et sa disponibilité. Parmi tous ces remerciements, je décerne une mention spéciale à tous les agents de la D.R.H, de la D.A.R.U., de la D.S.I. ou du service informatique, qui n'ont pas l'habitude d'être valorisés. Ils ont tous œuvré, au quotidien, de près ou de loin, pour que ce mémoire soit ce qu'il est. J'ai usé et parfois abusé de leur gentillesse et de leur disponibilité. Malgré tout, ils ont toujours mis de la bonne volonté à satisfaire mes demandes. Qu'ils m'aient simplement communiqué une information, prodigué un conseil ou fourni les énormes bases de données d'heures supplémentaires nécessaires à ce travail, ils méritent tous, à juste titre, d'être ici remerciés. Ils se reconnaîtront et sauront que je les remercie vivement et sincèrement.

Sommaire

Introduction :	1
1 Le bilan des heures supplémentaires à l'hôpital : un constat alarmant.	5
1.1 Les heures supplémentaires à l'hôpital : une dette croissante.	5
1.1.1 Des heures supplémentaires cumulées :	5
A) Des dépassements horaires liés à l'histoire de l'hôpital :	5
B) Un facteur aggravant : le passage aux 35 heures hebdomadaires.	6
C) L'informatisation du temps de travail : un contrôle défaillant.	7
1.1.2 Un apurement insuffisant :	8
A) Le plafonnement des heures supplémentaires : une vigilance émoussée.	8
B) Des heures supplémentaires rarement indemnisées.	9
C) Une récupération au gré de l'agent :	9
1.2 L'hôpital: un cadre réglementaire renouvelé.	10
1.2.1 Une nouvelle organisation hospitalière : le plan hôpital 2007.	10
A) La nouvelle gouvernance : une organisation en pôles.	11
B) Un nouveau mode de financement : la tarification à l'activité.	11
C) De nouveaux enjeux: le passage à 100% de la T2A.	12
1.2.2 Une volonté d'améliorer le pouvoir d'achat des salariés:	12
A) L'exonération de la fiscalité sur les heures supplémentaires :	12
a) Une loi pour encadrer la mesure : la loi T.E.P.A.	12
b) Son application aux agents de la Fonction Publique: le décret du 4 octobre 2007 :	13
B) 2008: la revalorisation des heures supplémentaires de 7% à 25%.	14
a) Un principe généreux, l'alignement sur le droit privé...	14
b)qui grève un peu plus les finances des établissements :	14
1.3 Le bilan des heures supplémentaires: l'exemple du C.H.I.C.	15
1.3.1 Recensement et résultats: des enjeux stratégiques	15
A) La demande de l'agent : une variable stratégique.	15
B) Une communication incitative :	16
a) Les enjeux d'une bonne communication :	16
b) Des obstacles à la bonne communication :	18
➔ Des textes tardifs :	18
➔ Des délais contraints :	18
C) Des résultats inattendus:	19
a) Des prévisions erronées :	19

b)	Des résultats qui s'expliquent :.....	19
1.3.2	Des éclaircissements nécessaires: des textes à décrypter.	20
A)	Heures supplémentaires défiscalisées : la difficulté d' « arrêter » les compteurs. ...	20
B)	L'annualisation du temps de travail :	21
C)	Les 14 premières heures... : une notion ambiguë	21
a)	Entre décret et circulaire : un choix cornélien.	21
b)	Les différents scénarii d'indemnisation des salariés:	22
c)	Des incertitudes qui compliquent encore le recensement :.....	23
D)	I.F.T.S. et I.H.T.S. un cumul impossible ?	23
E)	Une valorisation financière à communiquer à l'A.R.H. :	24
1.3.3	Un financement bipartite:	24
A)	L'accompagnement du Fond pour l'Emploi Hospitalier (F.E.H.) : Un financement non pérenne.	24
a)	Un principe d'équité :.....	24
b)	Une équité qui interroge :	25
B)	La provision des hôpitaux :	26
C)	L'année 2008 : une bombe financière ?	26
2	<i>La maîtrise des heures supplémentaires : une politique d' établissement.....</i>	27
2.1	Le rôle de la Direction : Définir une politique de rationalisation	27
2.1.1	Le rôle de la Direction des Ressources Humaines et de la Direction des Soins : poser le cadre de cette politique.	27
A)	Des règles négociées et validées :	28
a)	Le dialogue avec les partenaires sociaux :	28
b)	Le passage aux instances :.....	28
B)	Des règles connues et appliquées :	28
a)	La formation des cadres:	28
b)	Des règles connues de tous :.....	28
c)	Des heures supplémentaires plafonnées :	29
C)	Des questions à régler :	29
a)	Travail à temps partiel et heures supplémentaires ?	29
b)	Le remplacement de l'absence maladie :.....	30
c)	Les pauses :	30
2.1.2	Une mise à plat des organisations.	30
A)	Un déroulement à l'année du temps de travail : les cycles de travail.....	31
B)	Des organisations optimisées, plus efficaces :	31
a)	L'organisation médicale :une situation délicate.	33
b)	L'organisation paramédicale : un vrai travail en équipe.	33
c)	L'organisation administrative et logistique: efficacité ou externalisation ?	37

2.1.3	Des situations délicates à régler :	38
A)	Heures supplémentaires et encadrement :	38
a)	Une réglementation ambiguë... :	38
b)	...Une contradiction incomprise :	39
B)	Les heures supplémentaires récurrentes : des moyens détournés.....	39
a)	Les 11 minutes des administratifs :	40
b)	Les ambulanciers : un acquis 20 heures par mois	40
2.2	Le rôle du pôle : mise en place et suivi de cette politique	41
2.2.1	Les contrats de pôles : outil de responsabilisation du pôle.	41
A)	Le contrat de pôle : l'outil de management du pôle.	41
B)	La délégation de gestion : un rôle de proximité.	41
C)	Un organigramme favorisant les coopérations internes : le trinôme de pôle	41
D)	Le conseil de pôle : une instance polaire d'information et de décision.....	42
2.2.2	Le rôle du pôle dans la gestion des heures supplémentaires : un suivi rigoureux... ..	42
A)	Validation et contrôle des heures supplémentaires : le rôle du cadre.....	42
a)	Le rôle du cadre du service : un rôle de surveillance et d'alerte	42
b)	Les tableaux de bord : outil de suivi des heures supplémentaires.	43
c)	Le suivi : à quelle fréquence ?.....	43
B)	Le badgeage : une reconnaissance réglementaire.....	44
2.2.3	Une affirmation de la responsabilisation du pôle: le projet de loi Hôpital Patients Santé Territoires (H.P.S.T.).....	44
3	Une politique d'établissement qui tient compte du contexte :	45
3.1	Un système hospitalier en constante évolution:	46
3.1.1	Une médecine plus performante... :	46
A)	Des techniques médicales de pointe :	46
B)	Une D.M.S. orientée à la baisse :	46
3.1.2	... des organisations hospitalière à la traîne :	47
A)	L'adaptation des organisations : toujours curative.	47
B)	L'adaptation des personnels : une formation longue.....	47
3.2	Une activité encadrée, des missions à assurer :	48
3.2.1	L'activité supplémentaire:une fausse bonne idée.....	48
3.2.2	Une activité encadrée :	48
A)	Une enveloppe fermée : l'O.N.D.A.M.	48
B)	Un offre centrée sur les besoins : les Objectifs Quantifiés.....	49
3.2.3	Une mission à assurer : le service public.	50
3.3	Une démographie de professionnels défavorable :	50
3.3.1	Des départs massifs à la retraite	50

3.3.2	Des zones géographiques sinistrées :	51
3.3.3	Les heures supplémentaires : la solution ?	51
A)	La fonction publique hospitalière : des dispositions particulières.....	52
B)	Des risques professionnels réels: le burn out.....	53
3.4	Vers une mutualisation des moyens : la communauté hospitalière de territoire.....	54
3.5	La cohabitation de deux systèmes contradictoires :	54
3.5.1	Réduction du temps de travail et heures supplémentaires : quelle compatibilité ? ..	54
3.5.2	Des effets inattendus : l'effet d'aubaine.	55
Conclusion		57
Bibliographie		61
Liste des annexes		I
Annexe 1 - Détermination des heures supplémentaires à rémunérer. Algorithme de décision appliqué au C.H.I.C.		II
Annexe 2 – Présentation du dispositif heures supplémentaires au C.H.I.C.		III
Annexe 3 : Coupon réponse de demande d'indemnisation.....		VI
Annexe 4 – Comparaison coût de remplacement et indemnisation des heures supplémentaires au 31/12/2007 (taux 1.07) et en 2008 (taux 1.25).....		VII
Annexe 5 - Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète par discipline. Evolution de 1998 à 2004.....		IX
Annexe 6 : audit d'activité des cadres. C.H.I.C. Travail sur les organisations.....		X

Liste des sigles utilisés

A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation.
A.R.S. : Agence Régionale de Santé
A.R.T.T. : Aménagement et Réduction du Temps de Travail.
A.S. : Aide-Soignant
A.S.H. : Agent de Service Hospitalier
C.E.T. : Compte Epargne Temps
C.H. : Centre Hospitalier
C.H.I.C. : Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille.
C.P.O.M. : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
C.T.E. : Comité Technique d'Etablissement
D.H.O.S. : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
D.M.S. : Durée Moyenne de Séjour
D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique.
D.R.H. : Direction des Ressources Humaines
E.P.R.D. : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
F.E.H. : Fond pour l'Emploi Hospitalier
F.P.H. : Fonction Publique Hospitalière
G.H.S. : Groupe Homogène de Malades
G.R.H. : Gestion des Ressources Humaines
I.A.D.E. : Infirmier Aide-Anesthésiste Diplômé d'Etat
I.D.E. : Infirmier Diplômé d'Etat
I.F.T.S. : Indemnité Forfaitaire pour Travail Supplémentaire
I.H.T.S. : Indemnité Horaire pour Travail Supplémentaire
M.C.O. : Médecine Chirurgie Obstétrique
M.E.A.H. : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
M.I.G.A.C. : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
O.N.D.A.M. : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
O.Q.O.S. : Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins
P.M.T. : Projet Médical de Territoire
P.N.M. : Personnel non médical.
S.A.E. : Statistiques d'Activité des Etablissements
S.R.O.S. : Schéma Régional de l'Offre de Soins.
S.S.R. : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification A l'Activité
T.E.P.A. : (Loi) Travail, Emploi, Pouvoir d'Achat

Introduction :

« Travailler plus pour gagner plus ! »

Tel a été, tout au long de sa campagne électorale, le slogan du candidat à la Présidence de la République.

Afin de mener à bien cette promesse, et améliorer le pouvoir d'achat des salariés, une nouvelle loi a été votée le 21 août 2007, en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, intitulée T.E.P.A., visant à l'exonération fiscale des heures supplémentaires. Associée à la revalorisation de l'heure supplémentaire, l'augmentation du pouvoir d'achat des salariés résulte donc de deux mécanismes concomitants, l'indemnisation des heures supplémentaires d'une part, et leur défiscalisation d'autre part.

Dans la Fonction Publique, en effet, plus que dans le privé, la rigidité des grilles indiciaires, ne permet pas de gagner plus, la rémunération étant totalement encadrée, les avancements d'échelon mécaniquement ordonnés, et la hausse du point d'indice soigneusement contrôlée. Dans ces conditions, « gagner plus ! » reste de l'ordre du vœu pieu et demeure une intention louable.

Au travers de ce nouvel arsenal réglementaire, la rémunération des heures supplémentaires devient donc vivement encouragée, répondant ainsi à une préoccupation des salariés de la Fonction Publique, relayée par leurs syndicats, qui estiment à plus de 6%, la perte du pouvoir d'achats des 5,2 millions de fonctionnaires depuis 2000.

En revanche, « travailler plus » est une vieille pratique à l'hôpital, si on en juge par la dette affichée de plus de 23 millions d'heures supplémentaires accumulées¹ à l'aube de 2008. L'activité de soins exigeant un grand nombre d'agents, conjuguée aux importantes modifications du temps de travail de 2002, a généré un nombre d'heures supplémentaires considérable, dont les établissements devront bien s'acquitter un jour comme s'y est engagé le Président de la République, vis à vis des agents².

Ainsi les salariés de l'hôpital se voient-ils proposer l'indemnisation de leurs heures supplémentaires au même titre que tous les salariés du privé.

¹ Source intersyndicale CGT, CFDT, FO, CFTC, Sud Santé, SNCH, Unsa et CFE-CGC qui ont participé au groupe de travail de janvier 2008 sur l'apurement du stock d'heures supplémentaires.

² Allocution de Mr le Président de la République. Installation de la commission LARCHER CHU de Bordeaux – Mardi 16 octobre 2007.

Dans ce contexte, les heures supplémentaires à l'hôpital sont plus que jamais d'actualité, et les établissements doivent s'interroger sur la manière de parvenir à s'acquitter de cette dette constituée au fil des années.

Mais avant toute chose, qu'entend-on par « heure supplémentaire » ? Il convient de définir rigoureusement le terme afin de bâtir le raisonnement sur un vocabulaire commun partagé.

Les heures supplémentaires à l'hôpital sont de deux natures différentes : d'une part les heures supplémentaires générées par dépassement des bornes horaires de travail et d'autre part les heures supplémentaires correspondant à des jours de repos dus. Il est courant d'amalgamer les deux dans les compteurs. En effet, les agents et leurs représentants considèrent souvent que si on ne peut pas leur rendre dans le cycle de travail les repos déplacés, ils doivent être comptabilisés en heures supplémentaires. Cette confusion permet aussi de récupérer toutes les heures supplémentaires sous forme journées entières, y compris les plus petits bouts de dépassements horaires.

Le décret de mise en place des 35 heures prévoit que : *« lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail »*.³

Car par principe, les heures supplémentaires doivent conserver un caractère exceptionnel, sinon il ne s'agit plus d'heure supplémentaire, mais bien d'une sous dotation structurelle en personnel (ratio trop faible), ou un défaut d'organisation au regard de l'activité.

Le présent travail s'intéressera donc exclusivement aux heures supplémentaires des personnels non médicaux, répondant à la définition qui en a été faite précédemment, à l'exclusion des jours épargnés dans les C.E.T. et qui ne revêtent alors plus la forme d'heures supplémentaires, mais de jours d'épargne dont les règles d'apurement relèvent d'une autre réglementation et l'indemnisation d'un autre barème.

De même, le thème de l'indemnisation des plages additionnelles des personnels médicaux, correspondant à une forme d'heures supplémentaires des médecins, ne sera pas traité ici, car il relève d'une problématique toute autre. Toutefois, il convient de préciser ici, que la valorisation des plages additionnelles des médecins et des C.E.T. qu'ils soient médicaux ou non médicaux représente la grande majorité de la dette financière à l'égard des salariés des hôpitaux.

³ Décret no 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 15.

« Pour le professeur Cuny, la « vraie priorité » n'est donc pas le paiement des jours de R.T.T. aux médecins, mais celui des heures supplémentaires accumulées par le personnel soignant. »⁴

Mais comment parvenir à maîtriser ces heures supplémentaires dans les hôpitaux?

En effet, outre l'impact financier sur la trésorerie fragilisée des établissements qui apparaît comme évident, les heures supplémentaires désorganisent aussi la production de soins et même la vie privée des agents, par l'insatisfaction qu'elles génèrent puisqu'il s'agit le plus souvent d'heures supplémentaires subies et non choisies.

Ainsi, le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille illustre bien cette problématique, tant au niveau de l'apurement de la dette qu'au niveau de la maîtrise, puisqu'il totalise environ 58000 heures épargnées au 31 décembre 2007,.

Pour mener à bien ce travail, il a d'abord fallu faire, en préalable, le recensement des heures supplémentaires stockées, difficulté majeure de par la complexité des textes et la difficulté de les mettre en application sur des compteurs horaires qui n'ont pas cessé d'être alimentés ou débités. Il était important de trouver une méthodologie de masse, équitable, validée par les partenaires sociaux au caractère incontestable.

De même, un échantillon de 3 hôpitaux a été consulté sur leur façon de mener à bien ce travail, et parallèlement des entretiens ont été menés avec les directeurs et l'encadrement afin d'analyser une situation complexe et proposer des pistes réalistes de maîtrise des heures supplémentaires. De plus, la participation aux réunions de l'A.R.H. Bretagne relatives à la définition des critères de répartition de l'enveloppe régionale, a permis d'échanger sur les pratiques des différents C.H. bretons quant à cette problématique.

Après le bilan de la situation des heures supplémentaires à l'hôpital (I) interrogeant les causes et la façon d'apurer au maximum la dette constituée, les établissements devront définir et mettre en place une politique de rationalisation des heures supplémentaires, en partenariat avec les pôles (II), Cette politique devra toutefois s'inscrire dans la réalité d'un monde de la santé en pleine mutation (III).

⁴ « A l'hôpital, certains médecins ont stocké jusqu'à 120 jours de R.T.T. » article de Pierre BIENVAULT, paru dans le journal la croix du 6 janvier 2008.

1 Le bilan des heures supplémentaires à l'hôpital : un constat alarmant.

Afin dresser le bilan précis des heures supplémentaires à l'hôpital, il convient de s'interroger sur leur origine et la façon dont s'est constituée cette dette importante dans les balances horaires des agents.

La nouvelle réglementation, visant à l'apurement des compteurs d'heures supplémentaires, par indemnisation ou rémunération, les place au cœur de l'actualité. Mais entre le moment où les heures supplémentaires ont été générées et celui où elles doivent être apurées, l'organisation hospitalière s'est considérablement modifiée, et ce encore actuellement.

1.1 Les heures supplémentaires à l'hôpital : une dette croissante.

Les heures supplémentaires constituent un véritable « cancer », de la fonction publique hospitalière. Tout comme le cancer est dû à une prolifération de cellules de façon désordonnée, les heures supplémentaires ont colonisé les balances horaires des agents à l'hôpital, sans réel contrôle, menaçant aujourd'hui son équilibre financier.

La convergence de plusieurs facteurs a concouru à constituer cette dette considérable. Outre des heures supplémentaires d'origine structurelle, par accumulation, on se rend compte que l'insuffisance de récupération a concouru à créditer les compteurs des agents d'heures supplémentaires en grand nombre.

1.1.1 Des heures supplémentaires cumulées :

On peut qualifier les heures supplémentaires de structurelles tant leurs origines sont difficiles à identifier et remontent loin dans le temps. Toutefois, plus récemment, la mise en place des 35 heures a considérablement aggravé ce phénomène.

A) Des dépassements horaires liés à l'histoire de l'hôpital :

Les dépassements horaires ont toujours existé à l'hôpital, d'abord « naturelles », ensuite déclarées, comptabilisées et désormais indemnisées.

Difficile de dire avec certitude, à quand remontent les heures supplémentaires dans les hôpitaux. Si la notion de travail supplémentaire est apparue dans les années 1930 dans le privé, il n'en est pas de même à l'hôpital.

Leur origine se mêle étroitement à l'histoire de l'hôpital et de ses missions. Sans doute liée à l'héritage religieux des professions soignantes au service de la souffrance des autres, la disponibilité des personnels, que sous entend le mot « vocation », étaient totale, et les dépassements horaires allaient de soi. Il était de tradition qu'un soignant rentrant à

l'hôpital ne compte pas ses heures, tout comme les médecins. Personne n'aurait osé remettre en question ce principe, tant la cause était noble et charitable.

« L'infirmière idéale de l'Assistante Publique de la fin du XIX^e siècle prolongeait à l'hôpital le travail domestique. Elle était une « ménagère professionnelle » : Vous êtes là, leur dit le Manuel de l'Infirmière de 1889, vous êtes là pour nourrir (le malade), le soigner, le panser, le laver avec patience, avec précaution et délicatesse comme si vous étiez sa mère ou sa sœur. »⁵

Cette époque révolue constitue toujours pour les soignants, un héritage dont ils tentent encore de se défaire.

La notion de dépassement horaire est donc très ancienne, naturellement et intimement liée à l'histoire de l'hôpital.

Mais petit à petit la notion de comptabilisation des heures supplémentaires va émerger.

Avec l'évolution de la société et la laïcisation des personnels hospitaliers, la vie de famille des agents a pris une place plus importante, et les dépassements horaires ont commencé à être déclarés et comptabilisés. En 1988, les mouvements infirmiers revendiquent une meilleure reconnaissance de leur identité professionnelle, de meilleures conditions de travail et de meilleurs salaires. Le ton est donné, les personnels soignants veulent que soit pris en compte le travail effectué.

Sans réel impact sur les organisations, puisqu'on les récupérait quand l'activité du service le permettait, les heures supplémentaires étaient le plus souvent déclaratives, les agents inscrivant dans un classeur les dépassements horaires effectués, en attendant une récupération ultérieure. L'agent débitait alors lui-même sa fiche de la récupération prise, et de temps en temps la surveillante jetait un œil bienveillant sur le classeur recensant les heures supplémentaires, afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de débordement.

Car en effet, à l'époque, l'indemnisation n'était pas de mise, il y avait peu ou pas de contrôle réel de la véracité de toutes ces heures supplémentaires.

C'était l'époque de la confiance, le temps de l'hôpital « familial ».

B) Un facteur aggravant : le passage aux 35 heures hebdomadaires.

En 2002, la mise en place de l'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail (A.R.T.T.), a aggravé ce phénomène. Les gains de productivité sur les organisations des services devaient être la contrepartie de la réduction du temps de travail.

En effet, la mise en place de l'A.R.T.T. correspondait à une diminution d'environ 11% du temps de travail, de 39 heures à 35 heures hebdomadaires. La compensation en effectif,

⁵ « A propos de la grève des infirmières françaises de 1988 », Michel Poisson (infirmier et historien) Marie-Noëlle Thibault (Maître de conférence en histoire contemporaine) 1989. Le mouvement social

devait être de 8% sur le volet Réduction du Temps de Travail (R.T.T.), les 3% restants devant être obtenus par la réorganisation du travail, à savoir le « A. » de A.R.T.T., l'« Aménagement » du temps de travail.

Or, si le volet « aménagement » a été insuffisamment développé dans la mise en place des 35 heures, la compensation de 8% espérée ne l'a pas non plus toujours été à hauteur de l'attendu. Dès lors, les accords locaux dans les hôpitaux ont débouché sur des horaires de travail de 7h30 -7h34 – 7h36, suivant le nombre de jours de R.T.T. accordés (15 – 17 – 18), là où précédemment les horaires étaient de 8h. La charge de travail n'ayant pas diminué dans les services, bien au contraire, les équipes ont eu recours en masse aux heures supplémentaires pour mener à bien le travail à faire et compenser les 20 minutes manquantes.

C) L'informatisation du temps de travail : un contrôle défaillant.

Malgré la mise en place de l'informatisation du temps de travail, les pratiques déclaratives n'ont pas évolué et le phénomène des heures supplémentaires s'est encore amplifié.

En effet, avec la mise en place des logiciels de gestion du temps de travail, le contrôle et la validation par le cadre aurait dû se mettre en place, puisqu'il est le seul autorisé à utiliser l'outil (identifiant et mot de passe) et habilité à rentrer ces dépassements d'horaires dans le logiciel. La validation des heures supplémentaires par l'encadrement aurait donc dû légitimement freiner un peu cette inflation déclarative.

En outre, il n'existait pas vraiment de surveillance institutionnelle des heures supplémentaires et une « *méconnaissance des règles de gestion de la part de l'encadrement* »⁶. Les entretiens avec l'encadrement rapportent, en effet, que la formation cadre n'a pas pour priorité d'enseigner les règles de gestion des ressources humaines, mais qu'elle est surtout axée sur la méthodologie de projet.

Bien sûr, si certains cadres n'avaient pas cette rigueur de gestion, attendant des mensualités de remplacement de leur direction pour faire récupérer aux agents leurs dépassements horaires, d'autres étaient beaucoup plus vigilants, face à cette situation, ayant pris conscience de son impact sur l'organisation ou plutôt la désorganisation de leur service.

L'impact, en nombre d'heures supplémentaires, a donc été plus ou moins grand pour les services en fonction du temps de travail journalier choisi, du taux de compensation des R.T.T. accordées et du niveau de réorganisation du service. Mais globalement tous les hôpitaux interrogés ont accumulé, lors de la mise en place de la réforme des 35 heures, des heures supplémentaires en grand nombre.

⁶ Pointée par les cadres eux-mêmes lors des entretiens.

Mais ces causes structurelles d'heures supplémentaires, n'expliquent pas complètement le phénomène d'une telle dette. Car à cette accumulation, il convient d'y ajouter une récupération insuffisante qui n'a fait que potentialiser ce phénomène.

1.1.2 Un apurement insuffisant :

Il n'existe que 2 moyens d'apurer les compteurs d'heures supplémentaires : l'indemnisation et la récupération avec pour corollaire le remplacement. L'insuffisance d'apurement est due aux dysfonctionnements de ces 2 facteurs principaux qui ont convergé pour créer la situation actuelle : une indemnisation des heures supplémentaires rarement pratiquée d'une part, et une récupération au bon vouloir de l'agent d'autre part. De plus, le plafonnement des heures supplémentaires qui aurait pu servir d'alarme, a fait l'effet inverse et émoussé la vigilance.

A) Le plafonnement des heures supplémentaires : une vigilance émoussée.

Lors de la réforme sur l'A.R.T.T., le législateur avait envisagé le recours aux heures supplémentaires, et l'avait plafonné, dans le but d'alerter et limiter toute dérive, qui aurait été à l'encontre de l'esprit de la réduction du temps de travail.

En effet, en cas d'activité supplémentaire, le recours à l'embauche devait être privilégié et les heures supplémentaires devaient être l'exception, l'objectif de la réforme étant de réduire le chômage par une politique du partage de l'emploi .

D'où le cadre réglementaire de 2002, avec un plafonnement des heures supplémentaires, dans le décret 2002- 9 du 4 janvier 2002⁷, qui dans son article 15 précise :

« Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de 10 heures par mois et par agent.

Par dérogation à l'alinéa précédent, cette limite est fixée à 20 heures par mois et par agent jusqu'au 31 décembre 2004 et à 15 heures par mois et par agent jusqu'au 31 décembre 2005 ».

Si ce nombre d'heures peut sembler considérable pour des agents administratifs, il est en revanche minime pour les agents des services en roulement variable, pour qui les heures supplémentaires sont souvent amalgamées avec les jours dus au titre de remplacement de l'absentéisme. Il convient donc de bien identifier les unes et les autres, heures

⁷ Décret no 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, dans sa version d'origine, le texte ayant depuis été modifié.

supplémentaires et jours dus, et de mener deux comptabilités parallèles, faute de quoi la récupération aussi sera tronquée.

B) Des heures supplémentaires rarement indemnisées.

Jusqu'à présent, les heures supplémentaires donnaient rarement lieu à indemnisation, et l'impact de leur valorisation était méconnu dans les établissements.

En effet, jusqu'à cette année, même si le décret des 35 heures le prévoyait dans son article 15⁸ : *« les heures supplémentaires font l'objet, dans des conditions fixées par décret, soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation »*, la rémunération des heures supplémentaires était pratiquée à la marge par les établissements et la récupération était plutôt privilégiée, selon les possibilités du planning et le plus souvent sur l'effectif du service sans moyens supplémentaires.

Qui plus est, les mensualités de remplacement ne suffisant déjà pas à couvrir les besoins en remplacement de l'absentéisme, des formations et du temps syndical, il paraît difficilement imaginable d'en dégager quelques unes pour venir compenser les heures supplémentaires récupérées.

Les services et les cadres s'accommodent donc le plus souvent de cette situation et rendent les heures supplémentaires sur les effectifs existants, quand l'activité du service le permet.

C) Une récupération au gré de l'agent :

La récupération des heures supplémentaires se fait souvent au gré de l'agent.

En effet, la plupart des agents souhaitent maîtriser la récupération de leurs heures supplémentaires, dans la mesure où ils estiment qu'elles représentent la compensation d'un service rendu à l'institution. A charge de revanche, ils souhaitent que l'établissement les arrange quand ils ont besoin de temps, de façon ponctuelle, leur évitant ainsi de ponctionner dans leur capital R.T.T., congés annuels, ou autres fériés.

D'où la création de véritables petits « matelas » d'heures supplémentaires, pour pallier aux aléas de l'existence.

Mais pour autant que cette demande semble légitime, elle demeure souvent incompatible avec la gestion des plannings ou l'activité des services. En effet, les agents ont parfois la possibilité de récupérer dans les périodes creuses, de moindre activité, ou dans les périodes où aucun agent ne prend de congés, qu'ils soient annuels ou maladie. Le cadre doit donc imposer des récupérations à des agents sur des périodes peu attractives, déjà délaissées. Ces périodes imposées insatisfont grandement les personnels.

⁸ Idem

Qui plus est, la récupération non pas en heures, mais en jours, semble avoir la préférence des agents. Il s'ensuit un risque de dérive non négligeable, comme des heures supplémentaires générées pour convenance personnelle, visant à venir compléter une journée ou une nuit de récupération. Il est facile pour un agent crédité de 6h30 d'heures supplémentaires, de générer 30 minutes afin de récupérer une journée complète de repos.

Dès lors, la convergence des 2 phénomènes de cumul d'heures supplémentaires et de liquidation insuffisante, a permis de constituer une dette d'heures supplémentaires considérable, qui dans un paysage hospitalier totalement modifié, impacte sérieusement la gestion des établissements.

1.2 L'hôpital: un cadre réglementaire renouvelé.

C'est dans ce nouveau contexte qu'il faudra régler la problématique des heures supplémentaires à l'hôpital.

En moins de 10 ans, l'évolution du cadre réglementaire hospitalier a complètement bouleversé l'existant et fait naître un nouveau mode de prise en charge des patients, adaptant l'offre hospitalière au besoin, au travers du plan hôpital 2007. Cette évolution, assimilable à une vraie révolution, fait apparaître, entre autre, à l'hôpital, une nouvelle gouvernance et un nouveau mode de financement de l'activité des hôpitaux visant à responsabiliser et conférer plus d'autonomie aux établissements.

Parallèlement, les inquiétudes des salariés quant à leur pouvoir d'achat sont prises en compte par le législateur au travers du dispositif réglementaire, travail, emploi, pouvoir d'achat (T.E.P.A.).

1.2.1 Une nouvelle organisation hospitalière : le plan hôpital 2007.

La mise en place du plan hôpital 2007, dans au moins deux de ses composantes, à savoir l'organisation en pôles et la tarification à l'activité, va bouleverser en profondeur l'organisation et le financement de l'hôpital. Mise en place par l'ordonnance du 2 mai 2005⁹, la nouvelle gouvernance vise notamment à responsabiliser les acteurs. C'est avec ces nouveaux acteurs que devra se mettre en place la maîtrise des heures supplémentaires à l'hôpital.

⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

A) La nouvelle gouvernance : une organisation en pôles

La mise en place de pôles d'activité, unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité, contribue à la déconcentration de la gestion.

Dirigés par des praticiens, responsables de pôles, ces pôles disposant d'une masse critique sont, dans cet esprit, engagés dans une démarche de contractualisation interne pour simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.

Le conseil de pôle, instance du pôle, quant à lui, composé de représentants médicaux et administratifs permet l'association des personnels et favorise l'élaboration des orientations et des projets du pôle.

Au sein des pôles, des structures internes, services, unités fonctionnelles ou autres structures, ont pour mission d'assurer l'organisation de la prise en charge médicale des malades et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Autre mot clé de la nouvelle gouvernance la notion de contractualisation des pôles avec la direction de l'établissement sur leur activité et les résultats attendus de leur pôle.

C'est par un travail avec ces nouveaux acteurs, les pôles, cliniques ou non, qu'il conviendra de trouver des réponses pérennes à la problématique des heures supplémentaires à l'hôpital.

B) Un nouveau mode de financement : la tarification à l'activité.

A travers la tarification à l'activité, l'hôpital finance lui-même ses dépenses par les recettes liées à son activité de soin. Le temps de l'enveloppe globale, quelque soit l'activité est révolu.

Cela signifie que, hormis quelques aides consubstantielles non pérennes, sur des heures dues entre 2002 et 2005, l'hôpital doit assurer lui-même le financement de ses heures supplémentaires.

En instaurant la tarification à l'activité, le législateur a voulu dynamiser les structures de soins, en responsabilisant les acteurs et en développant les outils de contrôle de gestion (à travers un pilotage médico-économique). Pour l'instant cette tarification n'est encore applicable que sur le M.C.O.

Néanmoins, certaines activités entraînant d'importants coûts fixes (urgences, prélèvements d'organes), bénéficient encore d'un financement mixte (forfait annuel et tarification des prestations).

Cependant, les mécanismes antérieurs de financement sont toujours maintenus pour les activités de soins de suite, de réadaptation (S.S.R.) et de psychiatrie, même si, dès 2009, la tarification à l'activité devrait s'appliquer au S.S.R. et ensuite être étendue à la psychiatrie.

Les missions reconnues d'intérêt général (enseignement, recherche, innovation médicale, soins aux détenus), dites M.I.G.A.C., bénéficient d'un financement par dotation.

Désormais, les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (M.C.O.) des établissements sont donc financées par l'activité. Les établissements « facturent » leurs prestations à l'assurance maladie, sur la base de tarifs nationaux, pour chaque groupe homogène de séjour (G.H.S.). Une période transitoire de 2004 à 2008 a permis une montée en charge de la tarification à l'activité de 10% à 50%. Durant cette période, ont coexisté deux systèmes de tarification, la dotation annuelle complémentaire, vestige de la dotation globale et la tarification à l'activité.

C) De nouveaux enjeux: le passage à 100% de la T2A.

Au 1^{er} janvier 2008, la tarification à l'activité est passée à 100% et désormais l'hôpital ne peut compter que sur les recettes liées à son activité.

Plus rapide que prévu, à l'origine il était programmé pour 2012, le passage à la T2A à 100% en 2008 a modifié la stratégie des hôpitaux. Désormais toute charge injustifiée, agissant comme un gaspillage, devient pénalisante pour l'établissement. Les heures supplémentaires doivent donc être surveillées de façon drastique pour réduire cette tendance inflationniste déjà évoquée.

1.2.2 Une volonté d'améliorer le pouvoir d'achat des salariés:

Répondant à une promesse de campagne électorale, le Président de la République a souhaité prendre en compte la revendication des salariés et améliorer leur pouvoir d'achat, au travers de 2 nouvelles mesures : l'exonération de la fiscalité sur les heures supplémentaires d'une part, et l'alignement du taux d'indemnisation des heures supplémentaires du public sur celui du privé.

A) L'exonération de la fiscalité sur les heures supplémentaires :

a) *Une loi pour encadrer la mesure : la loi T.E.P.A.*

La loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi, et du pouvoir d'achat, dite loi T.E.P.A. met en place l'exonération fiscale pour les heures supplémentaires.

Le recours à la loi montre l'importance donnée à la mesure en faveur du pouvoir d'achat des salariés. Même si elle n'est pas spécifique de la fonction publique hospitalière, la loi T.E.P.A. s'applique à ses agents.

Ainsi, dans son article 1 alinéa 5, elle précise que :

«Sont exonérés de l'impôt sur le revenu, les éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires ou non titulaires au titre, selon des modalités prévues par décret, des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif »¹⁰

A ce titre, elle incite les agents à se faire indemniser de leurs heures supplémentaires.

b) Son application aux agents de la Fonction Publique: le décret du 4 octobre 2007¹¹ :

Le décret du 4 octobre 2007 transpose à la Fonction Publique le dispositif relatif aux exonérations fiscales des heures supplémentaires et fixe sa date de d'entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2007.

Dans son article 1, alinéa 2, le décret précise que sont visés :

« Les indemnités horaires pour travaux supplémentaires instaurées par les décrets n° 2002-60 du 14 janvier 2002 et n° 2002-598 du 25 avril 2002.»

Il s'agit bien d'exonérer de l'impôt sur le revenu et de cotisations salariales de sécurité sociale, les seules heures supplémentaires effectuées au-delà des obligations professionnelles normales, en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail. L'I.F.T.S. n'est donc pas concerné par cette mesure.

Et plus loin, dans son article 1 alinéa 12, il éclaire la situation des agents à temps partiels, effectuant des heures supplémentaires:

« La rémunération du temps de travail excédant la durée normale des services des agents occupant des fonctions correspondant à un besoin permanent, impliquant un service à temps incomplet ainsi que la rémunération du temps de travail excédant la durée de travail des emplois à temps non complet. »

En contrepartie, l'article 2 prévoit que l'exonération fiscale et la réduction de cotisations salariales de sécurité sociale, soient assujetties à 2 conditions :

➔ La mise en œuvre de moyens de contrôle, permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires :

«... à la mise en oeuvre par la hiérarchie de moyens de contrôle permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires ou le temps de travail additionnel effectivement accomplis. »¹²

➔ Un récapitulatif des heures supplémentaires et des indemnisations versées, ce document pouvant être soumis à un éventuel contrôle extérieur, tel que celui de la chambre régionale des comptes.

¹⁰ Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat

¹¹ Décret n° 2007-1430 du 4 octobre 2007 portant application aux agents publics de l'article 1er de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat

¹² Idem article 2 alinéa 2

« ...à l'établissement par l'employeur d'un document, qui peut être établi sur support dématérialisé, indiquant par mois civil - ou, pour les agents dont le cycle de travail excède un mois, à la fin de chaque cycle - et pour chaque salarié, le nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires effectuées au sens de l'article 1er du présent décret et la rémunération y afférente. »¹³

B) 2008: la revalorisation des heures supplémentaires de 7% à 25%.

a) *Un principe généreux, l'alignement sur le droit privé... :*

Pour les agents fonctionnaires, le décret n°2008-199 du 27 février 2008¹⁴ porte la rémunération horaire de l'heure supplémentaire à 25% au lieu des 7% antérieurs pour les 14 premières heures.

Il répond en cela aux prérogatives du Président de la République qui déclarait :

« "Les heures supplémentaires des agents publics sont rémunérées 25% de plus depuis le 1er janvier que les heures normales", a rappelé le chef de l'Etat. Donc, comme dans n'importe quelle entreprise privée, alors qu'elles étaient jusqu'à présent moins payées... Une incitation aux fonctionnaires à "travailler plus".¹⁵ »

S'agissant des agents non titulaires, dont le contrat prévoit un régime similaire à celui institué par le décret n°2002-598¹⁶, les éléments de rémunération des heures supplémentaires font l'objet d'une majoration égale au moins à 25% de l'heure normale.

Cette mesure équitable pour le salarié, puisqu'elle vise à aligner le public sur le privé n'est pas sans impact sur les finances des établissements.

b) *....qui grève un peu plus les finances des établissements :*

Ce nouveau décret qui s'applique au 1er janvier et qui intervient alors même que l'année 2008 est commencée, met les établissements devant le fait accompli. Les organisations et les pratiques des services n'ont pas eu le temps d'être modifiées pour maîtriser de façon significative les heures supplémentaires.

Sans modification des règles antérieures de gestion, de comptabilisation, de validation et de contrôle des heures supplémentaires, cette nouvelle mesure impacte de plein fouet la trésorerie des hôpitaux, par la majoration de 18% de la rémunération des heures supplémentaires. On ne peut en effet que constater les effets sur le début de l'année.

¹³ Idem article 2 alinéa 3

¹⁴ Le décret n°2008-199 du 27 février 2008 relatif à la rémunération des heures supplémentaires de certains fonctionnaires modifie le décret n°2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, qui s'appliquait jusqu'alors.

¹⁵ Discours des vœux du Président de la République le 11 janvier 2008 à Lille.

¹⁶ Décret no 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires

Pour exemple, le C.H.I.C. de Quimper, au titre de l'année 2008, affiche au 30 juin 2008, 10500 heures supplémentaires valorisées à 195 000 euros.

En effet, contrairement à certains secteurs du privé, les effectifs des hôpitaux sont très importants. La mécanisation est difficilement possible, et l'externalisation de certaines fonctions logistiques reste balbutiante.

1.3 Le bilan des heures supplémentaires: l'exemple du C.H.I.C.

Mais pour en arriver à apurer les compteurs, il importe d'abord de recenser les heures supplémentaires et d'arrêter les compteurs au 31 décembre 2007. Ainsi, ce recensement marquera le temps T zéro de la maîtrise des heures supplémentaires à l'hôpital.

Outre l'intérêt pour l'établissement de faire son bilan et de valoriser ses heures supplémentaires, le financement versé par le Fond pour l'Emploi Hospitalier (F.E.H.) via les A.R.H. en dépend.

1.3.1 Recensement et résultats: des enjeux stratégiques

Il convient de mettre en place une méthodologie de recueil des souhaits de agents et une communication à leur égard visant à réaliser l'objectif d'apurer la dette.

En effet, afin de solder les compteurs, un financement non pérenne est accordé, à titre exceptionnel et il convient donc de mettre en place une communication incitative visant à encourager les agents à demander l'indemnisation de leurs heures supplémentaires.

L'objectif de ce travail n'est pas de s'attarder sur la méthodologie mise en place au C.H.I.C. de Quimper, elle n'a qu'une valeur documentaire et figure en annexe¹⁷, chaque établissement ayant utilisé les méthodes les plus en adéquation avec sa situation. En effet, dans chaque établissement il existe un accord local de mise en place de l'A.R.T.T. qui définit les règles de gestion.

A) La demande de l'agent : une variable stratégique.

Le décret du 14 mai 2008 dans son article 1 indique que l'agent peut choisir entre récupération et indemnisation de ses heures supplémentaires :

*« Les heures supplémentaires effectuées par les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, comptabilisées et restant dues au 31 décembre 2007, peuvent être indemnisées ou récupérées, selon le choix de l'agent. »*¹⁸

et dans son article 2, que l'agent a une date butoir fixée au 30 juin 2008 pour faire connaître sa décision :

¹⁷ Cf. annexe 1

¹⁸ Décret n° 2008-456 du 14 mai 2008 relatif au financement des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière. Article 1

«Il appartient à chaque agent de faire connaître son choix avant le 30 juin 2008 auprès de l'autorité investie du pouvoir de nomination. »¹⁹

Comment recueillir le souhait des agents?

L'établissement est donc contraint de recenser le choix des agents, qui doivent en retour se positionner en faveur de l'indemnisation ou de la récupération des heures supplémentaires.

Il y a de vrais enjeux stratégiques à prévoir, tant que faire se peut, la position des agents concernant le mode d'apurement de leur dette d'heures supplémentaires.

Comment prévoir, en effet, la hauteur des financements en anticipant les choix de l'agent ?

Au C.H.I.C., comme majoritairement dans les établissements associés à ce travail, on pensait que les agents des catégories C, aux salaires les plus bas, demanderaient l'indemnisation afin de gonfler leur pouvoir d'achat. A contrario, les agents ayant des salaires plus élevés, en catégorie A et B, plus soucieux de leurs conditions de vie, et moins soumis à l'aléa budgétaire, souhaiteraient la récupération.

Fort de cet a-priori, il convenait alors de cibler la communication vers les agents de catégorie A et B, sans pour autant négliger les autres, afin de les orienter vers l'indemnisation de leurs heures supplémentaires.

B) Une communication incitative :

Il apparaît donc comme capital pour les établissements que les agents demandent l'indemnisation de leurs heures supplémentaires.

En effet, le financement de l'A.R.H. semble s'orienter dans un premier temps sur le besoin en financement lié au déstockage, certains établissements ne pouvant déjà faire face à ce premier besoin, et non sur l'ensemble de la dette elle-même.²⁰

La communication doit donc viser à décider les agents à se faire indemniser plutôt que de récupérer les heures dues. Cette communication doit être ciblée, orientée mais cependant transparente. Il ne s'agit pas là de manipuler l'opinion des agents, mais de leur donner toutes les informations nécessaires à un choix éclairé .

a) *Les enjeux d'une bonne communication :*

La bonne communication s'attachera d'abord à toucher tous les agents concernés par les heures supplémentaires, autant dire la quasi totalité des agents, contrairement aux comptes épargne temps (C.E.T.) qui concernent une minorité. En effet, le C.E.T. n'a été

¹⁹ Idem article 2

²⁰ C'était la position initiale de l'A.R.H. Bretagne, position qui a ensuite évolué, après négociation, pour tenir compte des effectifs et de l'ensemble de la dette d'heures supplémentaires

ouvert qu'à la demande de l'agent²¹ et dans la plupart des établissements, n'a pas recueilli ses faveurs.

Elle s'attachera à favoriser l'expression du droit à rémunération de l'agent.

Le décret prévoit que : « *Tous les agents se voient reconnaître le droit de demander une indemnisation de la totalité de leurs heures supplémentaires stockées, restant dues au 31 décembre 2007*²² ».

Il s'agit donc bien d'une demande de l'agent. Or tous les hôpitaux contactés, ont organisé eux-même le recensement du souhait de l'agent, afin d'être sûrs que tout le monde puisse exprimé son choix dans les délais impartis.

Ensuite, la bonne communication visera à favoriser l'indemnisation en présentant les avantages et les inconvénients liés aux 2 propositions : de l'argent supplémentaire rapidement, une exonération de la fiscalité (pour certaines heures seulement) pour l'indemnisation. Quant à la récupération on mettra en avant la rareté de la ressource pour remplacer certains corps de métier d'une part, le coût du remplacement plus élevé d'autre part (avec autant d'argent, on remplace moins), mais aussi le calendrier de récupération qui, selon la dette, pourra s'étendre sur plusieurs années.

En effet, certaines professions qualifiées sont indisponibles sur le marché, par exemple les sage – femmes, les infirmiers aide – anesthésistes etc...., et d'autres ne sont pas remplaçables tout simplement du fait de la spécificité de leur poste qui demanderait plus de formation que le temps même du remplacement (agent de la paye, etc....).

Le coût du remplacement intervient aussi bien évidemment, un agent recruté en mensualité, possède des droits à congés, représente des charges patronales et induit un travail de gestion supplémentaire pour la D.R.H. (dossier, paye...) susceptible de générer des heures supplémentaires dans ce service si on se place à l'échelle d'un établissement entier. Pour exemple au C.H.I.C. où la simulation a été faite, le remplacement coûte 300 € de plus pour une infirmière et 780 € pour une sage-femme.

Toutefois, cette situation n'est plus aussi vraie en 2008, avec une heure supplémentaire valorisée à 25%.²³

La bonne communication visera aussi à tenir informés les partenaires sociaux et les instances, telles que le comité technique d'établissement (C.T.E.)²⁴. Il est, en effet,

²¹ Décret no 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 17

²² Protocole d'accord relatif à l'indemnisation des comptes épargne-temps et des heures supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière. 6 février 2008

²³ Cf. annexe 4

important d'avoir la même compréhension des textes, de se mettre d'accord sur les modalités de recensement appliquées à l'établissement, afin de garantir l'équité à tous les agents. Le rôle des syndicats est important dans le conseil aux agents, et il convient de ne pas le négliger.

Enfin, la bonne communication consiste aussi à transmettre aux agents le solde exact de leur compteur. En effet, la pratique a montré que, bien souvent, les agents ne possèdent pas les mêmes informations que l'encadrement sur l'état de leurs heures supplémentaires.

b) Des obstacles à la bonne communication :

→ Des textes tardifs :

Le calendrier de parution des textes relatifs à l'indemnisation des heures supplémentaires a été étalé sur plus de neuf mois. Depuis l'effet d'annonce de la loi T.E.PA. et sa déclinaison à la Fonction Publique par le décret d'octobre 2007, plus de 6 mois se sont écoulés avant la parution des décrets de mai 2008 et la circulaire de la D.H.O.S.

→ Des délais contraints :

Le protocole d'accord de février 2008²⁵ fixe la date butoir de recueil de la demande des agents.

« Ce droit est ouvert jusqu'au 30 juin 2008 sur demande de l'agent, dès l'entrée en vigueur du décret précisant les modalités de l'indemnisation. »

La parution de ces textes à la mi-mai 2008 n'a pas permis de lancer cette vaste enquête avant juin 2008 pour une consultation de tous les agents en moins d'1 mois.

A cela, s'ajoute un passage en paye dans les 2 mois suivant le recueil du souhait de l'agent, délai impossible à tenir en période d'été. De plus, parallèlement, à la mise en paiement de ces heures, il est nécessaire de débiter de chaque compteur les heures supplémentaires indemnisées, ce qui signifie intervenir manuellement sur chacun d'entre eux.

Au C.H.I.C., un accord a été conclu avec les partenaires sociaux pour retarder le passage en paye d'un mois, afin de respecter la période des congés annuels des agents de la paye d'une part, et permettre la saisie des informations pour plus de 2000 agents, la paye étant externalisée, elle est transférée en début de mois.

²⁴ Cf. annexe 3

²⁵ Protocole d'accord relatif à l'indemnisation des comptes épargne-temps et des heures supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière. 6 février 2008

C) Des résultats inattendus:

a) *Des prévisions erronées :*

Les résultats n'ont pas été conformes aux prévisions. Si besoin est, c'est bien la preuve que la communication incitative n'était pas au demeurant manipulatrice.

Malgré la revendication d'une augmentation de leur pouvoir d'achat, suite à la baisse constante de celui-ci, comme le rappelle Jean-Paul FITOUSSI,

*« Les salaires dans la fonction publique ont baissé en termes de pouvoir d'achat de façon assez nette. S'il y a débat sur l'évolution des salaires dans la fonction publique, c'est qu'il existe ce que l'on appelle le fameux "glissement vieillesse technicité". En gros, les évolutions ont été telles qu'à qualification égale, les salaires ont baissé. »*²⁶, la préférence des agents va massivement vers la récupération des heures supplémentaires.

En effet, au plan régional²⁷, seuls environ 24% des agents souhaitent la rémunération des heures supplémentaires. Au C.H.I.C. à Quimper, c'est un peu plus de 12% seulement.

Comment expliquer ces résultats ?

Pourquoi les agents souhaitent la récupération, plutôt que l'indemnisation ?

b) *Des résultats qui s'expliquent :*

Il y a sûrement plusieurs facteurs qui peuvent expliquer cela :

Malgré une perte de pouvoir d'achat évaluée par les syndicats de plus de 6%²⁸, les agents de la fonction publique hospitalière ont des salaires corrects et une sécurité de l'emploi qui leur permettent de vivre encore plutôt confortablement.

De plus, les agents n'ont pas la culture d'une prime supplémentaire (ni de l'intéressement comme dans le privé) mais plus la culture de temps pour eux, de jours dont ils peuvent disposer à leur guise.

Enfin, et c'est une cause à rapprocher du pic de l'absentéisme en 2008, (à Quimper 22 jours environ d'absentéisme par agent en 2008, contre 19 en 2007) , les agents semblent nettement plus fatigués et souhaitent avoir des repos supplémentaires pour récupérer.

En effet, la population soignante est vieillissante, les rythmes de travail dans les services ont augmenté (effet T2A, D.M.S. diminuée, rotation des patients plus grandes...)

L'indemnisation des heures supplémentaires ne leur paraît pas suffisante au regard des désavantages qui leurs sont attribués.

²⁶ "Il y a une vraie perte de pouvoir d'achat pour certaines catégories de population" J.P. FITOUSSI . Article dans « Le Monde » du 7 décembre 2007

²⁷ Source A.R.H. Bretagne, lors de la réunion du 26 septembre 2008, relative aux conditions du 2^{ème} droit de tirage.

²⁸ Source LCI

1.3.2 Des éclaircissements nécessaires: des textes à décrypter.

Le recensement s'est heurté à des difficultés insoupçonnées, nécessitant des éclaircissements sur les textes face aux pratiques, tant sur l'identification et la comptabilisation des heures supplémentaires que dans la compréhension des textes réglementaires.

En effet, la nouvelle réglementation interroge une comptabilité des dépassements horaires plus précise que celle en place dans les services.

A) Heures supplémentaires défiscalisées : la difficulté d' « arrêter » les compteurs.

Les logiciels de suivi du temps de travail, (A.G.I.R.H. planning, G.E.S.T.O.R.) utilisés par les cadres dans les services n'ont pas été paramétrés pour assurer un suivi aussi précis des heures supplémentaires. A l'époque de leur mise en place, il importait peu que la traçabilité des heures supplémentaires et de leur récupération soit en adéquation. Il importait alors de surveiller la balance horaire, rien de plus. Dans le cadre de l'indemnisation, et encore plus à 25%, l'identification précise de l'heure supplémentaire prend un nouveau sens.

De même arrêter les compteurs à une date donnée n'est pas chose aisée. En effet, s'il est facile de connaître le nombre d'heures supplémentaires faites dans le mois, il se peut aussi qu'il y ait eu des récupérations d'heures supplémentaires d'un mois sur l'autre.

Par exemple, 18 heures supplémentaires peuvent avoir été faites en octobre 2007 dont 5 récupérées du mois de septembre 2007. Le solde à indemniser est-il donc de 13 heures ou 18h défiscalisées ? Quid de l'agent qui porte réclamation.

Il en va de même pour les heures du mois de décembre qui peuvent être récupérées en 2008.

Or une heure supplémentaire ne peut donner lieu à indemnisation et récupération en même temps. La vigilance est donc de mise dans l'information affichée par le compteur ce celle à donner à l'agent.

Pour une meilleure information, le C.H.I.C. a mis en place un coupon-réponse pour connaître le souhait des agents²⁹. Il contenait 3 informations : l'état de son compteur au 30 septembre 2007, au 31 décembre 2007, et au 30 avril 2008. Un algorithme³⁰ a même été mis en place pour vérifier l'éligibilité des balances horaires à l'indemnisation, car il ne convenait pas que les agents soient non plus débiteurs sur leur balance horaire au terme de l'indemnisation. Encore une fois, quid de l'agent qui porte réclamation ?

²⁹ Cf. annexe 3

³⁰ Cf. annexe 1

B) L'annualisation du temps de travail :

A la mise en place des 35 heures, certains services sont passés à l'annualisation du temps de travail. Certaines équipes ont un décompte annuel de leur temps de travail, notamment les équipes de nuit. Ainsi, ce qui importe dans ce cas, c'est l'obligation annuelle de travail, et non le temps de travail par mois ou par cycle. Les heures supplémentaires sont donc identifiées à la fin de l'année et sont constituées des heures dépassant l'obligation annuelle de travail.

Il devient donc difficile d'identifier les heures supplémentaires des agents, mois par mois ou la récupération dans le cycle, comme le prévoit le texte. La balance horaire déduit les heures au delà de l'obligation annuelle de travail sur l'année n+1. Il n'existe pas non plus vraiment d'heures supplémentaires dans ce cas. Quid de l'égalité entre les agents de demander la rémunération de leurs heures supplémentaires si elles n'existent pas ?

C'est cette logique d'annualisation du temps de travail qui a été appliquée lors de la revendication sur les fériés du 1^{er} mai et de l'ascension 2008 qui tombaient le même jour. Les heures supplémentaires ne sont donc pas toujours comptabilisées de la même façon dans un même établissement et l'annualisation du temps de travail crée une difficulté supplémentaire dans leur identification et leur recensement.

C) Les 14 premières heures... : une notion ambiguë

a) *Entre décret et circulaire : un choix cornélien.*

Les 14 premières heures sont les plus difficiles à identifier !

Ainsi le décret du 14 mai 2008 indique que :

*« L'indemnisation des heures supplémentaires est réalisée selon les modalités suivantes :
— les quatorze premières heures supplémentaires sont rémunérées dans les conditions fixées par l'article 7, alinéas 2 et 3, du décret du 25 avril 2002 susvisé, sur la base du traitement brut annuel de l'agent concerné au 31 décembre 2007 ;
— le solde est valorisé sur la base d'un forfait horaire de 13 euros brut. »³¹*

Pour le décret les 14 premières heures sont donc celles du solde total des heures supplémentaires. L'agent touche donc 14 heures valorisées à 7% et toutes les autres sont indemnisées forfaitairement à 13 €.

La circulaire de la D.H.O.S., qui interprète le décret, précise quant à elle, que :

« Il vous est rappelé que les heures supplémentaires sont comptabilisées mois par mois. L'indemnisation des quatorze premières heures visées à l'article 2 du décret n° 2008-456 du 14 mai 2008 s'applique donc pour chaque mois aux heures réalisées au cours du mois

³¹ Décret n° 2008-456 du 14 mai 2008 relatif au financement des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière

considéré ; il en est de même pour le solde. Il s'agit donc bien, pour la prise en compte du seuil des quatorze premières heures, d'une comptabilisation mois par mois et non pas d'une comptabilisation annualisée. »³²

Les 14 premières heures sont donc mensuelles et tous les mois il convient de remettre le compteur des 14 premières heures à zéro.

Il est donc capital de se mettre d'accord, et notamment avec les partenaires sociaux, sur la définition des ces 14 premières heures au sein de l'établissement.

Sont –ce celles au mois le mois, comme le précise la circulaire ou alors plus globalement les 14 premières, de l'année ? du compteur ? comme annoncé dans le décret ?

Et la décision, une fois prise, doit être présentée aux instances, pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté par la suite.

b) Les différents scénarii d'indemnisation des salariés:

En effet, selon le scénario envisagé, l'indemnisation des heures supplémentaires ne profite pas aux agents de la même façon.

Selon l'étude d'un syndicat³³, l'impact financier sont dans le cas du décret, pour un forfait de 13 € payé à l'agent au delà des 14 premières heures supplémentaires majorées de 7% :

« + Une aide soignante au 2ème échelon (indice 285) a un coût horaire de 8.41 euros, soit une majoration de 54 %

+ Une I.D.E. au 5ème échelon de la classe supérieur (indice 515) a un coût horaire de 15.19 euros, soit une baisse de 15 %

+ Une I.A.D.E. au 5ème échelon de la classe supérieure (indice 544) a un coût horaire de 16.04 euros, soit une baisse de 19 %

+ Un cadre supérieur infirmier au 4ème échelon (indice 581) a un coût horaire de 17.14 euros, soit une baisse de 25 % »

Il apparaît clairement que l'indemnisation selon le décret profite aux catégories d'agents dont le prix de l'heure supplémentaire est inférieur à 13 €. Ce coût de 13 € correspond au coût horaire de l'heure supplémentaire d'une infirmière de classe normale environ. On peut donc affirmer que tous les grades en dessous de celui de l'infirmière de classe normale profitent du mode de calcul du décret, alors que tous les grades au dessus de l'infirmière de classe normale profiteront du mode de calcul de la circulaire.

³² Circulaire DHOS/P2/DGAS/5 B no 2008-162 du 14 mai 2008 d'application du décret no 2008-454 du 14 mai 2008 relatif aux modalités d'indemnisation de jours accumulés sur le compte épargne temps des agents de la fonction publique hospitalière et du décret no 2008-456 du 14 mai 2008 relatif au financement des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière

³³ Syndicat national des personnels infirmiers CFE - CGC

Toutefois la circulaire n'a pas de valeur juridique, et interprète seulement le décret. Quid d'un agent qui ferait un recours au tribunal administratif ?

Au C.H.I.C. les 2 scénarios ont été étudiés, la différence entre les 2 modes de calcul n'est pas pénalisante pour l'établissement, puisqu'elle s'élève à 2700 € sur l'ensemble des heures supplémentaires, soit 58000 heures.

A contrario, pour les agents l'impact est réellement différent, notamment les bas salaires à qui profite l'indemnisation forfaitaire et qui dans la circulaire se sentent lésés.

Il appartient donc de choisir le scénario retenu.

Au C.H.I.C., c'est l'indemnisation selon les directives de la circulaire qui a été appliquée.

c) *Des incertitudes qui compliquent encore le recensement :*

- ➔ Le recul de 5 années : voir plus !

La difficulté est de remonter au minimum à 2002 pour avoir le détail des heures supplémentaires faites, celles récupérées avec une informatisation des plannings qui n'avait quelquefois pas cours alors, avec des heures supplémentaires, mais aussi des récupérations qui n'étaient pas forcément tracées.

- ➔ Comment savoir que sur ces 14 heures supplémentaires dans le mois, certaines n'ont pas été récupérées?

« Une même heure supplémentaire ne peut donner lieu à la fois à une récupération et à une indemnisation au titre du présent décret. »³⁴

Comment s'assurer, plusieurs années après, que les heures supplémentaires n'ont pas été récupérées ?

En effet, la traçabilité de l'heure supplémentaire est souvent très compliquée : les agents changent de service, l'encadrement d'un service change aussi, etc.

D) I.F.T.S. et I.H.T.S. un cumul impossible ?

Un même agent peut-il à la fois bénéficier de l'I.F.T.S. et de l'I.H.T.S. ?

Le décret du 25 avril 2002³⁵ prévoit dans son article 5 que :

« Les indemnités horaires pour travaux supplémentaires, prévues au titre du présent décret, sont exclusives de toute autre indemnité de même nature. Cela vaut notamment pour les indemnités forfaitaires pour travaux supplémentaires. »

Il semble donc bien que, selon les textes, les agents bénéficiant de l'I.F.T.S. ne s'inscrivent pas dans un processus de rémunération des heures supplémentaires.

³⁴ Décret n° 2008-456 du 14 mai 2008 relatif au financement des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière. Article 1

³⁵ Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

Quid des heures supplémentaires des secrétaires médicales, lorsqu'elles atteignent le 8^{ème} échelon, à qui l'on verse l'I.F.T.S., alors qu'elles ne sont ni cadres, ni catégorie A ?

Toutefois, le protocole d'accord du 6 février 2008³⁶, dans son article 4 affiche sa volonté de remédier à ce qui peut apparaître pour certains agents, notamment les administratifs, comme une inégalité de traitement à leur encontre. Il prévoit donc une possible modification de ce dispositif, à l'avenir :

« Ils (les signataires du protocole) conviennent par ailleurs de mettre à l'étude les conditions de transposition à la F.P.H. du dispositif de cumul avec l'I.F.T.S. d'indemnités horaires pour travaux supplémentaires instauré en faveur des agents de catégorie B de la fonction publique de l'Etat. »

Toutefois en l'état actuel de la réglementation I.F.T.S. et I.H.T.S. ne sont pas cumulables.

E) Une valorisation financière à communiquer à l'A.R.H. :

Des estimations d'heures supplémentaires et leur valorisation ont été communiquées tout au long de ce processus pour abonder au financement du F.E.H. via l'A.R.H.

1.3.3 Un financement bipartite:

2 sources de financement ont vocation à couvrir le besoin de financement afin d'apurer en totalité les heures supplémentaires : le F.E.H. et l'établissement lui-même au travers de ses provisions.

A) L'accompagnement du Fond pour l'Emploi Hospitalier (F.E.H.) : Un financement non pérenne.

a) *Un principe d'équité :*

Un rapport du Sénat fait le constat que :

« En bonne logique, la prise en charge de ces dépenses aurait dû être assurée par les établissements de santé qui sont tenus de provisionner les sommes afférentes aux heures supplémentaires et jours de congés stockés dans les C.E.T. de leur personnel. Dans la réalité, les établissements ne disposent pas des sommes nécessaires et des versements complémentaires sont nécessaires pour leur permettre de faire face aux dépenses entraînées par les protocoles de janvier et février 2008.

³⁶ Protocole d'accord relatif à l'indemnisation des C.E.T. et des Heures Supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière. 6 février 2008

La loi de financement pour 2008 a procédé à une nouvelle extension des compétences du F.E.H. afin de lui permettre de contribuer au financement des heures supplémentaires non payées effectuées avant le 31 décembre 2007. »³⁷

L' A.R.H. est chargée de répartir les accompagnements financiers, selon des critères d'équité :

« Pour maintenir une équité entre les établissements, les enveloppes régionales seront déléguées au prorata du nombre total de jours épargnés et des heures supplémentaires restant dues, sur la base des effectifs de l'établissement »³⁸.

b) *Une équité qui interroge :*

Ces 2 textes soulèvent la problématique des règles de versement de ces enveloppes régionales :

Ces financements sont-ils uniquement dédiés aux heures supplémentaires ?

Auquel cas les hôpitaux qui n'en ont peu ou pas seraient pénalisés de ce que certains appelleront une bonne gestion ?

Peut être n'ont-ils pas d'heures supplémentaires, mais peut-être ont-ils mis des moyens humains ad hoc en face des besoins, pour y répondre, et de ce fait voient leur trésorerie exsangue.

Peut-être les agents ont-ils ouvert un C.E.T. pour y placer la moitié de leurs heures supplémentaires et ont récupéré l'autre ?

Les financements du F.E.H. accompagneront-ils l'indemnisation seulement ou aussi la récupération ?

Quels chiffres seront retenus comme base des effectifs de l'établissement ? Ceux de la S.A.E. qui ne totalisent que les effectifs des titulaires et des stagiaires ? Quid alors des personnels contractuels ? Ou bien alors les chiffres des effectifs rémunérés utilisés désormais dans l'E.P.R.D. ?

Quelle sera la clé de répartition entre les heures déclarées à l'A.R.H. et les effectifs de l'établissement ?

A quelle hauteur se fera l'accompagnement du F.E.H. ?

La circulaire de l'A.R.H. devrait apporter de nombreuses réponses à ces interrogations mais quelque soit la règle du financement, elle ne lèvera pas tous les doutes qui tournent autour de la notion d'équité.

³⁷ Rapport du Sénat : « Pour une gestion responsable de l'hôpital »

³⁸ Protocole d'accord relatif à l'indemnisation des comptes épargne-temps et des heures supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière. 6 février 2008

B) La provision des hôpitaux :

La provision des hôpitaux constitue le 2^{ème} mode de financement des heures supplémentaires. Les provisions ne couvriront jamais les besoins à hauteur de ce qu'ils sont, puisque ces provisions doivent couvrir le financement des heures supplémentaires, mais aussi l'indemnisation des C.E.T. médicaux et paramédicaux.

Certains hôpitaux ont constitué des provisions tel que le prévoyait le dispositif, et doivent désormais contracter avec l'A.R.H. pour un retour à l'équilibre, d'autres n'ont pas constitué ces provisions tout bonnement.

La constitution de ces provisions a donc plongé certains des hôpitaux dans une situation financière très difficile.

Au C.H.I.C., la provision a pu se faire dans une situation budgétaire favorable, mais quid des établissements déficitaires ?

Selon les dernières estimations, le montant de cette indemnisation ayant été réévalué, la contribution du F.E.H. s'élèverait dorénavant à 387 millions d'euros et celle des établissements à 415 millions³⁹

C) L'année 2008 : une bombe financière ?

Les établissements sont prévenus : à compter de 2008, il n'y a plus d'aide à attendre pour indemniser les heures supplémentaires.

*« Ces indemnisations, légitimes au regard des droits acquis par les personnels hospitaliers, ne préjugent pas des droits acquis à compter du 1^{er} janvier 2008, dont l'indemnisation ne sera assurée, selon la D.H.O.S., que par les provisionnements effectués par les établissements de santé ».*⁴⁰

*« A partir du 1^{er} janvier 2008, la situation sera plus claire puisque tous les établissements devront provisionner les C.E.T. et les heures supplémentaires dans leur totalité. A cet effet, les A.R.H. devront signer un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (C.P.O.M.) de chaque établissement, conformément à un modèle qui figurera dans la circulaire. »*⁴¹

Ainsi le C.H.I.C. devra trouver près de 200000 € pour payer les heures supplémentaires des 6 premiers mois de l'année.

Au delà du constat, pour aussi alarmant qu'il soit, puisqu'il représente l'équivalent de 15000 emplois sur une année, il convient d'apurer la dette contractée vis à vis des agents

³⁹ Source Sénat

⁴⁰ Rapport du Sénat : « Pour une gestion responsable de l'hôpital »

⁴¹ Déclaration d'Annie PODEUR, directrice de la DHOS, 15 janvier 2008.

et de développer une politique de maîtrise des heures supplémentaires comme le prévoit l'accord du 6 février 2008 dans son article 4⁴² :

« Les signataires conviennent d'engager une concertation sur la mise en place de dispositifs ou de pratiques tendant à rationaliser le recours aux heures supplémentaires générées par l'activité sanitaire, sociale et médico-sociale. »

2 La maîtrise des heures supplémentaires : une politique d'établissement.

Ainsi le protocole d'accord de février 2008, soumet le financement des heures supplémentaires à la contrepartie d'un recours maîtrisé à ces dites heures.

« La rationalisation, c'est l'action visant à rendre plus efficace le fonctionnement d'une activité, d'une organisation par la réflexion et l'application de techniques spécifiques adéquates⁴³ ».

Cette rationalisation des heures supplémentaires passe par 2 niveaux dans les établissements, au niveau de la direction pour ce qui est des orientations et des règles de gestion, mais aussi au niveau du pôle, puisque c'est, désormais, le niveau de responsabilisation de proximité.

2.1 Le rôle de la Direction : Définir une politique de rationalisation

Le recours aux heures supplémentaires doit avoir un caractère exceptionnel.

Pour ce faire, il convient de définir une politique de maîtrise des heures supplémentaires en redéfinissant des règles de gestion précises, assises sur la réglementation, équitables envers tous les agents de l'hôpital, et en revoyant les organisations, sources d'heures supplémentaires. L'exécution et le suivi de cette politique de maîtrise des heures supplémentaires seront confiés au pôle. Le contrôle sera fait par une présentation aux instances, comme le prévoit le texte.

2.1.1 Le rôle de la Direction des Ressources Humaines et de la Direction des Soins : poser le cadre de cette politique.

Les règles de gestion doivent être clarifiées par la Direction des Ressources Humaines, garante de l'équité de traitement entre les agents pour éviter toute interprétation des cadres, qui pourrait les mettre en difficulté face aux agents. Elle doit, en outre, s'assurer que ces règles sont connues et appliquées par l'encadrement.

⁴² Protocole d'accord relatif à l'indemnisation des comptes épargne-temps et des heures supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière. 6 février 2008

⁴³ Définition tirée du dictionnaire Le Petit Larousse Illustré édition de 2007

A) Des règles négociées et validées :

a) *Le dialogue avec les partenaires sociaux :*

Le travail de recensement effectué et le constat établi, doivent servir de levier à un projet de rationalisation des heures supplémentaires, à la lumière des textes réglementaires.

Les règles de gestion doivent être revues et celles qui sont inadaptées doivent être rediscutées. Il s'agit de négocier ce qui peut l'être encore et non pas de discuter sur des règles non négociables.

Il s'agit par exemple de s'entendre avec les partenaires sociaux sur la définition d'heure supplémentaire dans l'établissement.

En effet, seules des règles négociées ont vocation à être admises et appliquées par les agents.

Des notions plus délicates ne doivent cependant pas être évitées et peuvent donner lieu à des discussions plus ardues, telles que la notion de temps de pause, d'habillage et de déshabillage, de la différence entre le temps accordé et le temps pris pour le repas... qui peuvent s'avérer constituer des récupérations d'heures indues.

b) *Le passage aux instances :*

La validation des nouvelles règles par les instances est une obligation réglementaire et un préalable à leur application. L'avis du C.T.E. sera donc demandé et consigné dans le procès verbal.

B) Des règles connues et appliquées :

a) *La formation des cadres:*

L'encadrement dans ses entretiens a relevé une formation aux règles de gestion insuffisante, voir certains cadres n'ont même jamais eu aucune formation à la gestion des ressources humaines. Certains ont, cependant, fait état d'une formation lors de la mise en place de l'informatisation du temps de travail, mais cela remonte à plus de 5 ans.

Il appartient donc à la Direction de proposer au plan de formation une remise à niveau de l'encadrement, relative aux règles de gestion, notamment dans le domaine du temps de travail et du respect des règles d'élaboration des plannings, de planification des absences pour congés ou R.T.T. (les heures supplémentaires sont souvent générées pendant des absences d'agents en trop grand nombre), mais aussi plus précisément en ce qui concerne les heures supplémentaires, leur décompte et leur mode de récupération.

b) *Des règles connues de tous :*

Ces règles redéfinies doivent être accessibles à tous les agents, que ce soit à travers un guide de gestion, ou à travers un affichage sur l'intranet.

Ainsi chacun pourra t'il, quand il le souhaite, consulter ses droits mais aussi ses obligations en terme de temps de travail. Cela facilitera par la même le rôle de l'encadrement trop souvent exposé.

c) *Des heures supplémentaires plafonnées :*

Le décret du 11 mai 2007 vient modifier l'article 15 du décret de mise en place des 35 heures et définit un nouveau plafond d'heures supplémentaires :

« Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de 180 heures par an et par agent. Ce plafond est porté à 220 heures pour les catégories de personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale »⁴⁴.

Le 2^{ème} alinéa décline les mêmes limites pour les agents dont le cycle est inférieur à 1 mois.

Le décret rappelle bien que la notion d'heures supplémentaires est liée à la nécessité de service mais ne précise cependant pas, le mode de récupération. C'est donc bien l'activité du service qui déclenche l'heure supplémentaire et non l'agent qui déclare des heures supplémentaires à son gré. Ce qui signifie, autrement dit, que la notion de dépassement horaire, doit être rapprochée de la notion d'activité du service (suractivité, sur occupation...)

C) Des questions à régler :

Au nombre de 3, ils illustrent les différentes situations qui peuvent se présenter dans la redéfinition des règles de gestion parce que ces 3 situations peuvent représenter des abus préjudiciables à l'établissement.

a) *Travail à temps partiel et heures supplémentaires ?*

L'activité du service doit donc être prise en compte pour l'accord d'un temps partiel non compensé comme un 80% à un agent administratif par exemple.

Si l'activité du service est telle qu'elle nécessite un agent à temps plein, l'accord d'un temps partiel pour convenance personnel (la règle est différente pour les temps partiels de droit bien évidemment) est-il compatible avec le fait de générer des heures supplémentaires régulières ?

⁴⁴ Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

La sur-rémunération, liée à un 80% (86%) ajoutée à des heures supplémentaires (18h à 125%) reviendrait à plus cher que le temps plein et peut donc remettre en cause l'attribution du temps partiel.

b) Le remplacement de l'absence maladie :

Au C.H.I.C. le délai de carence sans remplacement d'un arrêt pour maladie ordinaire est de 48h. Il est nécessaire de mettre en place une procédure dégradée pour pallier à cette absence et qui permette un fonctionnement du service à n-1 agents. Faute de quoi, en rappelant systématiquement un agent, on ne fait que déplacer le problème puisqu'il faut alors rendre ces 2 jours dus.

La règle des 48 heures sans remplacement ne peut donc s'appliquer que si il existe une alternative à ce remplacement par une organisation en mode dégradé (effectif journalier – 1). Dans le cas contraire et sans compensation, on ne peut que générer des jours qui seront dus.

c) Les pauses :

Il convient aussi de redéfinir la notion de pause. Le décret de mise en place de l'A.R.T.T⁴⁵ prévoit une pause de 20 minutes pour un travail de plus de 6 heures consécutives :

« Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives ».

Mais quelle tolérance l'établissement adopte t'il vis-à-vis des pauses... sauvages ? : retour de self, pause cigarette, prise de poste....

Autant de notions à éclaircir au niveau institutionnel avant de les faire appliquer. Ainsi l'encadrement pourra t'il s'appuyer sur des règles institutionnelles pour faire appliquer les décisions et évitera toute interprétation « cadre dépendante ».

S'il est indispensable de définir des règles dans la maîtrise des heures supplémentaires, ce n'est toutefois pas suffisant, si, parallèlement, aucun travail sur les organisations n'est entrepris.

2.1.2 Une mise à plat des organisations.

« C'est sur les heures supplémentaires qui correspondent à une charge supplémentaire que doit porter le plus gros effort. »⁴⁶

⁴⁵ Décret no 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 7

⁴⁶ Allocution de M. Nicolas SARKOZY, Président de la République, à l'occasion de la visite de l'Institut Régional d'Administration (IRA). Nantes 19 septembre 2007.

Une projection à long terme, des organisations médicales, paramédicales et administratives rénovées et optimisées, des moyens adaptés et contrôlés, concourent à une bonne maîtrise des heures supplémentaires tout en améliorant le service rendu au patient.

A) Un déroulement à l'année du temps de travail : les cycles de travail.

Le recours aux cycles de travail doit simplifier et alléger le travail de projection des besoins en professionnels sur l'année. En effet, le déroulé (souvent informatisé) du cycle de travail sur l'année permet de programmer les absences, visualiser les jours en excédent de personnel et ainsi de lisser les effectifs sur l'année.

« alors que toutes les réglementations le recommandent, il est bien loin d'être passé dans les mœurs comme ce chantier le prouve. Or les cycles simplifient, il est vrai, le travail des cadres d'autant plus s'il y a informatisation, mais surtout ils apportent une visibilité de leur emploi du temps aux soignants et une garantie d'alternance entre repos et jours de travail, réduisant la pénibilité »⁴⁷

Les cycles de travail permettent aussi de définir des plages de récupération des heures supplémentaires ou jours R.T.T. Ainsi le cycle de travail participe à la définition de l'heure supplémentaire tel que la définit le décret de janvier 2002 :

« Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail »⁴⁸

Les cycles de travail permettent enfin, par une vision assez précise sur le long terme de leurs jours de travail, aux agents de planifier leur vie personnelle en fonction de leur planning prévisionnel. Ce n'est donc plus le planning qui s'adapte à l'organisation personnelle de chaque agent, le cadre n'est plus soumis aux desideratas de chacun, mais bien l'agent qui organise ses activités extérieures en fonction de son planning.

B) Des organisations optimisées, plus efficaces :

Le travail sur les organisations est un passage obligé pour une maîtrise des heures supplémentaires, sans pour cela nuire au patient. Telle est l'opinion de Madame BACHELOT, Ministre de la Santé :

« Comment mieux travailler pour mieux soigner ? »

⁴⁷ Rapport final du chantier M.E.A.H. : temps de travail et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques. Mai 2008. Hervé LABORIE.

⁴⁸ Décret no 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Article 15

Je partage avec vous la conviction que seule une évolution des pratiques favorable aux professionnels de santé peut favoriser, au bénéfice des patients, l'amélioration au long cours de notre système de soins.

La qualité du service rendu dépend d'abord, très concrètement, de l'organisation globale de nos ressources.

Ainsi, il est indispensable de desserrer les contraintes auxquelles médecins et soignants sont trop souvent assujettis pour permettre à chacun de mieux satisfaire les exigences spécifiques à ses missions.

Vos activités, comme chacun sait, sont, par construction, dévoreuses de temps. Votre travail est d'autant plus menacé par l'émiettement que votre isolement vous interdit de consacrer votre énergie à exercer au mieux vos fonctions propres.

Chacun souhaiterait pouvoir se concentrer davantage sur son cœur de métier. Les médecins, par exemple, doivent pouvoir s'affranchir davantage des tâches administratives.

Chacun voudrait être en mesure d'exploiter au mieux ses compétences. Très concrètement, les infirmiers effectuent un trop grand nombre d'actes qui occupent leur temps sans solliciter leurs compétences propres, tels que le nursing, quand, dans le même temps, les médecins sont débordés par des actes de suivi qui pourraient être assurés par d'autres.

Dans cette optique, le projet de loi que je porterai, dès l'automne, devant le Parlement, accordera la place qu'elle mérite à la question du partage des compétences.

Comment faire pour disposer des meilleures ressources, au meilleur endroit, au meilleur moment ?

Comment faire pour tirer vers le haut l'exercice de vos métiers respectifs ?

Ces deux questions se rejoignent. »⁴⁹

On ne peut parler d'organisation paramédicale sans parler d'organisation médicale, car l'organisation paramédicale s'adosse à la fois sur le travail du médecin, prescripteur des soins que l'équipe devra effectuer, et le rythme du patient qu'il convient aussi de respecter et de replacer au cœur des soins.

⁴⁹ Discours de Madame Roselyne BACHELOT- NARQUIN, Ministre de la santé, Etats Généraux de l'Offre de Soins, Maison de la Chimie, Mercredi 9 avril 2008.

a) L'organisation médicale : une situation délicate.

Elle est à la base des organisations du service. Le médecin, de par ses prescriptions distribue le travail aux personnels paramédicaux.

Or, l'application des textes réglementaires portant sur le temps de travail des médecins continue de poser de très nombreuses difficultés aux professionnels. Ces difficultés sont liées à la complexité réglementaire largement renforcée par la diversité des activités médicales à l'hôpital (consultation, actes techniques, recherche, formation, management...) et l'autonomie des médecins dans l'organisation de leur temps de travail. Outre ces difficultés d'application, les nouvelles dispositions réglementaires ont à la fois raréfié le temps médical disponible (intégration du temps de garde dans les obligations de service, repos de sécurité et réduction du temps de travail) et augmenté son coût pour les établissements (temps additionnel, recours aux médecins intérimaires, versement dans le C.E.T.)

Le sujet est d'importance et la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (M.E.A.H.) s'est mobilisée depuis 2003 pour auditer ce temps médical.

Toutefois aucun de ces chantiers ne s'est réellement attaché à étudier l'adéquation entre l'activité médicale et l'organisation paramédicale.

Il conviendrait même pour être complet d'y ajouter une articulation avec le patient qui lui aussi à un rythme à respecter (repas, coucher...)

Il est donc capital de déterminer avec le médecin ses temps de présence, et d'absence, ses fréquences de passage pour adapter l'activité de soins à l'activité médicale et s'assurer ainsi de l'efficience de l'organisation.

b) L'organisation paramédicale : un vrai travail en équipe.

Les pistes de maîtrise des heures supplémentaires dans les équipes paramédicales concernent plusieurs axes, et touchent à la fois à la répartition des tâches, à l'articulation des équipes entre elles par la restauration de l'entraide, mais aussi à l'utilisation d'outils modernes synthétiques, tels que les transmissions ciblées.

L'organisation du service : une répartition judicieuse des tâches.

Le dépassement horaire de façon systématique et régulière est anormal. Il doit même être considéré comme le révélateur d'un dysfonctionnement à prendre en compte.

En effet, le recours à l'heure supplémentaire doit garder un caractère exceptionnel et sa systématisation démontre soit une organisation défailante du service, soit une sous dotation en personnel face à l'activité de celui-ci.

Ainsi la M.E.A.H. a mis en place une mission chargée d'auditer les organisations de travail des services, visant à optimiser le temps de travail soignant et réduire la production d'heures supplémentaires. Elle préconise la mise en place d'outils formalisant l'organisation et facilitant l'arrivée des nouveaux agents : fiches de postes, fiches techniques pratiques, fiches de protocoles, grilles d'évaluation... :

Grâce à ce dispositif, *« le volume des heures supplémentaires a été ramené à 0 pour les A.S. et A.S.H. Ce progrès a été rendu possible grâce à la redistribution de certaines tâches des agents de jour vers ceux de la nuit par exploitation des temps improductifs : gestion des stocks et des commandes, préparation du chariot de soins, gestion des dossiers patients, entretien, rangement, préparation du petit-déjeuner.⁵⁰ »*

Au C.H.I.C., une telle procédure est actuellement en cours. D'ores et déjà, 2 pôles ont vu leurs organisations auditées et modifiées, les agents ont vu leur temps de travail réorganisé par la mise en place de cycles de travail et de nouveaux horaires, plus près de l'activité des services du pôle.

Toutefois, il apparaît important de demeurer prudent et de bien mesurer la répartition des tâches entre le jour et la nuit et ne pas confier aux personnels de nuit que des tâches peu valorisantes sous peine de voir prochainement une désertion des postes de nuit devenus peu attractifs.

Le travail en équipe : restaurer l'entraide et favoriser le relais.

le principe : organiser la « journalisation du travail »

Il convient de penser l'organisation paramédicale en terme de « journalisation » (par analogie avec l'annualisation du temps de travail), c'est à dire en considérant les tâches sur 24 heures et non plus par équipes. Il importe de développer aussi la passation de relais d'une équipe à l'autre afin que les agents puissent partir à l'heure sans générer d'heures supplémentaires.

La conception du travail en équipe sur les 24 heures de la journée doit être privilégiée, et non pas uniquement, comme encore dans certains services de soins, comme un travail posté du matin, d'après-midi ou de nuit. La notion de travail « achevé » est encore très prégnante dans l'esprit des personnels. Trop souvent encore, les agents partent une fois leur travail achevé. Mais quand un travail est-il achevé en terme de prise en charge du patient ? Pour éviter cela, l'organisation doit se décentrer des activités de l'équipe pour se recentrer sur le rythme du patient.

⁵⁰ Rapport final du chantier MEAH : temps de travail et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques. Mai 2008. Hervé LABORIE.

Il est cependant possible de définir des relations de coopération de travail sous deux dimensions en fonction des objectifs poursuivis conjointement par les participants aux échanges autour des actes de soins : premièrement s'assurer d'actes de soins dans la limites des compétences reconnues (travailler en équipe signifie savoir admettre les limites de ses compétences, savoir « passer la main »), et deuxièmement s'assurer d'une distribution équitable des charges de travail entre collègues.

les obstacles :l'individualisme des personnels.

Il y a selon l'étude de la D.R.E.E.S.,

« *Plusieurs facteurs objectifs qui font obstacle à l'entraide entre collègues :*

- ➔ *la surcharge de travail en cas de personnel insuffisant (particulièrement pendant les vacances) ;*
- ➔ *des inégalités de compétences ou des incompatibilités de statut entre les membres de la même équipe, qui obligent une minorité à aider les autres – entre des « jeunes » et des « anciens » formés à des périodes différentes et habitués à des techniques de travail aussi différentes ;*
- ➔ *entre des permanents et des personnels de remplacement etc. ».*⁵¹

« *De même le développement des procédures de régulation et de coopération directe (les protocoles) a eu pour effet, l'appauvrissement dans certains collectifs de travail des formes d'entraide ou de coopération directe. »*⁵²

Le passage de relais entre collègues, l'entraide d'une équipe à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'une même équipe, le travail partagé, certains pouvant avoir un secteur plus « léger » que les autres, semble donc une chose primordiale en terme de réduction des heures supplémentaires. Les fiches de postes ne doivent pas être des carcans et enfermer les soignants dans des tâches qui, selon les aléas du service et de la prise en charge du patient, peuvent en décaler d'autres plus secondaires à un autre moment de la journée voir sur une autre équipe de jour ou de nuit.

De plus, l'entraide peut être un indicateur, un baromètre de la cohésion d'équipe : « *les conflits autour d'opérations supposant l'entraide des membres d'une équipe interviennent malgré la bonne volonté de la part de ceux qui sont disposés à coopérer, et témoignent de dysfonctionnements institutionnels.* »⁵³

Le passage d'une équipe à l'autre est souvent le moment consacré aux transmissions, et c'est le moment qui a été le plus contraint dans les horaires à 35 heures. Il est donc

⁵¹ Enquête sur les conditions du travail en équipe : source D.R.E.E.S. n°49 juin 2005

⁵² Idem

important de transmettre les informations de façon rapide, synthétique, et complète. L'utilisation des transmissions ciblées permet cela.

Aller à l'essentiel : les transmissions ciblées .

Le changement d'équipe, la « relève » comme l'appelle les équipes s'accompagne des transmissions qui permettent d'échanger les informations relatives aux patients entre l'équipe qui part et celle qui arrive.

L'utilisation d'outils tels que le raisonnement clinique et les transmissions ciblées doivent permettre une retranscription plus claire, plus synthétique et plus structurée des données concernant le patient.

Alors que les périodes de chevauchement entre les équipes ont été réduites avec les nouveaux horaires, les transmissions ciblées représentent un gain de temps non négligeable lors des transmissions, tant écrites qu'orales, à un moment où sont générées un maximum d'heures supplémentaires.

En effet, les transmissions ciblées constituent un *«mode d'organisation et d'enregistrement de la partie narrative des informations infirmières transcrit dans le dossier de soins infirmiers, afin de mettre en évidence les changements dans l'état de santé du patient, les priorités d'action et les résultats obtenus »*.⁵⁴

La cible est l'aboutissement du raisonnement clinique, Enoncé concis et très précis, elle attire l'attention par rapport à ce qui se passe pour la personne soignée. Elle focalise sur un point donné et s'attache donc à la modification de l'état du patient (exemple : hyperthermie accompagnée d'un malaise), Les cibles ne concernent donc pas systématiquement tous les patients tous les jours, mais uniquement ceux qui ont vu un fait nouveau dans leur état.

Elle s'accompagne de 3 autres critères :

- ➔ Les signes (appelées données) qui précisent le changement d'état ou la gravité de l'état du patient (exemple : température à 39°, pas de perte de connaissance),
- ➔ Les actions mises en place pour corriger le problème par le professionnel de santé dans le cadre ou non d'une prescription (exemple : 1g de paracétamol donné à 16h), et,
- ➔ Les résultats constatés après les actions correctrices mises en place (température à 36,8° à 20h).

Bien sûr, les résultats observés peuvent être retranscrits par une autre infirmière que celle qui a noté la cible, celle de l'équipe suivante dans cet exemple.

⁵³ Idem

⁵⁴ Dictionnaire des soins infirmiers

Les actes quotidiens, quant à eux, plus « routiniers », n'apparaissent plus dans les transmissions mais sont juste cochés sur un diagramme de soins qui les listent. Pour attester qu'ils ont bien été faits, le soignant appose ses initiales au bas de la feuille ou dans le logiciel si le dossier de soins est informatisé.

Dès lors, il y a un double effet positif : d'une part, la mise en valeur de l'information à transmettre, avec un gain de temps dans la retranscription des informations, habituellement source d'heures supplémentaires, et d'autre part, une équipe qui passe moins de temps pour en prendre connaissance.

C'est au travers d'outils synthétiques, allant à l'essentiel, tels que les transmissions ciblées que peuvent se faire des gains de temps importants sur les organisations, tout en permettant une amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

c) L'organisation administrative et logistique: efficience ou externalisation ?

Les organisations des services administratifs et logistiques peuvent aussi être améliorées. Des audits peuvent être menés pour identifier les problèmes et mettre en place des pistes d'amélioration dans des domaines différents :

- ➔ Une utilisation plus performante de l'informatique, une meilleure formation.
- ➔ Des réunions mieux préparées et plus synthétiques : l'utilisation de la téléconférence pour éviter des déplacements inutiles, des ordres du jour bien définis sont autant de pistes de gain de temps.
- ➔ Le partage des informations, ce qui peut rejoindre mais ne se limite pas à l'utilisation des réseaux informatiques.

Le recours à l'externalisation de certaines missions peut aussi être envisagée. C'est déjà le cas, au C.H.I.C. pour la paye, la lingerie ou la restauration. Ce pourrait être aussi le cas pour le ménage des communs, les jardins ou toute autre piste à prendre en compte⁵⁵.

« L'hôpital doit se recentrer sur ses missions, pour mieux assurer les missions qui sont son cœur de métier. »

Mais il est important alors de réfléchir aussi au devenir des personnels, et notamment les titulaires qui occupaient ces postes.

La mise à plat des organisations peut donc s'avérer déterminante dans la maîtrise des heures supplémentaires. A ce propos, au C.H.I.C un travail sur l'organisation des cadres est en cours⁵⁶. En s'interrogeant sur la pertinence de ces organisations, on peut aboutir à la fois au gain de temps recherché, mais qui plus est, à redonner du sens à une équipe

⁵⁵ Allocution de M. le Président de la République. Installation de la commission LARCHER. CHU de Bordeaux Mardi 16 octobre 2007

qui s'en trouve dynamisée et ressoudée autour de valeurs communes, d'entraide et de service rendu à l'utilisateur.

2.1.3 Des situations délicates à régler :

2 sont présentées dans ce travail. Elles ne se veulent pas exhaustives de toutes les situations rencontrées dans les hôpitaux. Elles reflètent seulement les interrogations que se posent les établissements au regard des textes et visent juste à interroger la pertinence de certaines pratiques acquises, au regard des nouveaux enjeux du monde hospitalier.

En premier lieu, il s'agit de la situation très particulière de l'encadrement, et dans un 2^{ème} temps, des « niches » d'heures supplémentaires, par analogie avec les « niches » fiscales qui exonèrent le contribuable et qui s'avèrent en fait être des moyens détournés, souvent officialisés ou tolérés d'ailleurs.

A) Heures supplémentaires et encadrement :

La notion de cadre est définie dans l'arrêté du 24 avril 2002 et dans ses annexes :

« les fonctions exercées par tous les personnels des corps et grades de la fonction publique hospitalière figurant en annexe, qui assurent des fonctions d'encadrement soit d'encadrement d'équipes, soit une mission transversale ou de projet, soit une mission de formation (initiale ou continue) ou de recherche » ⁵⁷

Or les règles applicables à ces cadres ne semblent pas claires concernant le droit à comptabiliser des heures supplémentaires. C'est donc au niveau local, dans les établissements, de se positionner, sur la base de propositions concertées, sur les règles à appliquer à l'encadrement.

a) Une réglementation ambiguë... :

Le décret du 4 janvier 2002⁵⁸ relatif à la mise en place des 35 heures dans la fonction publique hospitalière permet au personnel d'encadrement, de choisir entre, d'une part, un forfait de 20 jours de R.T.T. (assimilable à celui des personnels de direction, et ne donnant pas lieu à la comptabilisation des heures supplémentaires), ou un décompte horaire de la durée de travail d'autre part.

L'article 12 précise en effet, que *« sans préjudice du respect des garanties mentionnées à l'article 6, les personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par arrêté*

⁵⁶ Cf. annexe 6

⁵⁷ Arrêté du 24 avril 2002 relatif aux personnels de la fonction publique hospitalière exerçant des fonctions d'encadrement. Article 1^{er}.

⁵⁸ Décret no 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

peuvent choisir annuellement entre un régime de décompte horaire et un régime de décompte en jours de leur durée de travail. Dans ce dernier cas, ils bénéficient de 20 jours de réduction du temps de travail. »

L'arrêté du 24 avril 2002⁵⁹ fixe, quant à lui, la liste des personnels d'encadrement, dans les différentes filières. Y figurent les cadres intermédiaires et les cadres supérieurs.

En outre, le décret du 11 mai 2007⁶⁰, dans son article 4 modifie l'article 15, alinéa 1 et alinéa du décret 2002-9 en précisant que :

« Ce plafond mensuel (d'heures supplémentaires) est porté à 220 heures pour les catégories de personnels suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale. »

b) *...Une contradiction incomprise :*

Emargeant à la fois, selon les textes, au régime des cadres de direction et des agents, l'encadrement intermédiaire se trouve dans une apparente contradiction. Les textes demeurent imprécis sur des règles relatives à l'encadrement. Le choix leur est offert et ce, annuellement, ce qui signifie que le souhait des cadres doit être recueilli chaque année.

Aucun des établissements contactés n'a mis en place le choix des cadres tous les ans, certains l'ont fait une première fois en 2002, mais depuis le régime des cadres au décompte horaire n'a pas changé.

Dans un souci d'équité au niveau de l'établissement, il convient donc de négocier en local les règles auxquelles vont pouvoir se référer les cadres dans le décompte de leur temps de travail et la possibilité ou non de faire des heures supplémentaires.

Il convient aussi de s'interroger sur l'activité du service, et de la compatibilité entre le choix d'un cadre à 36 heures par semaines et 6 journées R.T.T., si le cadre en question génère 220 heures d'heures supplémentaires par an.

De même que les organisations doivent partir des besoins du patient, l'activité du service doit aussi peser dans le choix du temps de travail du cadre.

B) Les heures supplémentaires récurrentes : des moyens détournés.

« Il y a aujourd'hui des heures supplémentaires qui n'en sont pas, qui sont simplement des compléments de rémunération attribués forfaitairement et qui sont payés à un taux

⁵⁹ Idem 54

⁶⁰ Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 modifiant le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

*inférieur au taux normal. Elles doivent être traitées pour ce qu'elles sont : des compléments indemnitaires ».*⁶¹

Il existe dans tous les hôpitaux des pratiques liées aux organisations qui sont assimilables à des moyens détournés. Elles relèvent souvent plus du droit coutumier que de l'application d'une réglementation. A l'ère de la maîtrise des heures supplémentaires et des coûts qu'elles occasionnent, il convient peut-être de se prononcer sur leur pérennité.

a) *Les 11 minutes des administratifs :*

Dans un des C.H., les horaires atypiques (7h34) invitent à des pratiques visant à rationaliser ces horaires. La mise en place de la R.T.T. s'est accompagnée d'horaires dignes de la S.N.C.F. Afin de donner du sens à ces horaires, les agents, dans certains services, ont ajouté 11 minutes pour faire 7h45, ces 11 minutes étant assimilables à des heures supplémentaires et récupérables à la demi-journée ou la journée.

b) *Les ambulanciers : un acquis 20 heures par mois*

Dans un autre C.H., les ambulanciers bénéficient d'un forfait de 20 heures d'heures supplémentaires indemnisées tous les mois. Personne ne se souvient à quelle occasion a été mis en place ce forfait, qui devait, selon toute vraisemblance, correspondre à la prise en compte d'une pénibilité de l'époque, qui peut-être depuis n'a plus court.

La question qui se pose face à ces 2 exemples, est de savoir comment revenir sur ce que les agents considèrent comme des acquis, même s'ils ne s'appuient sur aucun texte? En effet, leur impact pour l'établissement est loin d'être négligeable, dans le premier cas, c'est près de 5,5 jours par an et par agent qui sont pris en plus des 17 jours de R.T.T. Dans le 2^{ème} cas, c'est l'équivalent de plus de 20 mensualités par an consacrées au financement de ce forfait.

A-t-on désormais les moyens de pérenniser ces pratiques ?

Ce qui est sur, c'est qu'il existe au sein même de ces établissements, une rupture d'équité entre les agents qui, dans les mêmes grades ne bénéficient pas toujours des mêmes avantages. C'est peut être une piste qui peut servir de levier pour revenir sur ces pratiques.

Toutefois si les règles doivent être précisées pour encadrer les heures supplémentaires et si les organisations doivent être revues pour plus d'efficience, c'est au niveau du pôle,

⁶¹ Allocution de M. Nicolas SARKOZY, Président de la République, à l'occasion de la visite de l'Institut Régional d'Administration (IRA). Nantes 19 septembre 2007.

dans la proximité, au plus près du terrain, que doit se faire le travail de suivi des heures supplémentaires.

2.2 Le rôle du pôle : mise en place et suivi de cette politique

Le niveau du pôle est le niveau pertinent de mise en application des décisions de l'institution. A ce titre, c'est à lui que doit être confiée, au travers des contrats de pôle, la gestion et le suivi des heures supplémentaires. Des obligations réglementaires visent à un contrôle rigoureux de ces heures supplémentaires.

2.2.1 Les contrats de pôles : outil de responsabilisation du pôle.

Il paraît donc utile de définir les heures supplémentaires en début d'année et de prévoir les mensualités de remplacement ad hoc. Chaque pôle pourra alors contractualiser sur les moyens qui lui sont accordés au titre des heures supplémentaires, à charge pour lui de gérer au plus près sa dotation annuelle.

A) Le contrat de pôle : l'outil de management du pôle.

C'est le document élaboré à partir du projet de pôle et définissant les objectifs d'activité, de qualité et financiers, ainsi que les moyens mis à disposition, les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Le contrat de pôle est passé entre le pôle et la direction pour une durée de 4 ans. Il est la traduction concrète du projet de pôle.

Dans l'avenant annuel du contrat de pôle, il serait possible de faire figurer un engagement du pôle relatif à la contractualisation par rapport à des objectifs de maîtrise d'heures supplémentaires, un peu comme les objectifs quantifiés de soins s'imposent à l'hôpital. Les heures supplémentaires seraient ainsi mieux encadrées.

B) La délégation de gestion : un rôle de proximité.

C'est une déconcentration au niveau du pôle d'un certain nombre de décisions relatives à la conduite générale de l'organisation. Le pôle se verrait donc déléguer la gestion des heures supplémentaires selon les objectifs définis dans le contrat de pôle avec la direction, à charge pour lui de gérer au plus près les moyens en fonction de l'activité des services. Ainsi la mobilité des personnels pourraient-elle jouer pendant les absences des chirurgiens, par exemple, entre 2 services de chirurgie, les uns en sous activité pouvant aller remplacer dans un autre service, dans la limite des compétences de chacun naturellement.

C) Un organigramme favorisant les coopérations internes : le trinôme de pôle

Constitué du médecin coordonnateur de pôle, du directeur référent de pôle, et d'un cadre supérieur de pôle, il est chargé d'élaborer le projet de pôle avec le conseil de pôle et de

décider de l'utilisation des moyens du pôle, d'organiser le fonctionnement technique du pôle et de mettre en oeuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Sa composition représentative des 3 domaines de l'activité médicale, de l'organisation et de la direction permettra une réactivité plus grande en matière de maîtrise des heures supplémentaires, les 3 parties concernées étant étroitement liées.

D) Le conseil de pôle : une instance polaire d'information et de décision.

Il est constitué de membres de droit (chefs de service et cadres de santé) et des membres élus (représentants les médecins et les personnels du pôle). Lieu d'expression et de concertation, il prend part à l'ensemble des décisions concernant le pôle. Sa représentativité permettra de lui présenter 2 fois par an, le bilan des heures supplémentaires au niveau du pôle, pour une meilleure diffusion de l'information dans les équipes et une meilleure compréhension des décisions.

2.2.2 Le rôle du pôle dans la gestion des heures supplémentaires : un suivi rigoureux.

Il ne suffit pas de dire que la délégation de gestion soit confiée au pôle pour que cela suffise à mettre en pratique le suivi et la maîtrise des heures supplémentaires. Il est important de définir correctement les rôles : Qui fait quoi ? Quand ? Comment ?

A) Validation et contrôle des heures supplémentaires : le rôle du cadre.

a) Le rôle du cadre du service : un rôle de surveillance et d'alerte

Le cadre s'assure de la validation et du contrôle de l'heure supplémentaire. En la rentrant dans la balance horaire de l'agent il s'assure du bien-fondé de celle-ci. Il est le garant de l'application des règles institutionnelles de gestion au sein de son unité.

Il est l'agent de liaison entre le pôle et le service et les informations vont et viennent entre le trinôme de pôle, le bureau ou le conseil de pôle et l'encadrement qui vise à mettre en pratique les décisions polaires.

Enfin il participe à réguler les dysfonctionnements, relatifs aux heures supplémentaires dans le cas présent, au sein de son unité. Aussi, un agent qui accumulerait des heures supplémentaires sans motif apparent, pourrait être convoqué à un entretien d'explication, où il serait interrogé sur son organisation et sa rapidité dans l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

De même la mobilité d'un agent peut faire l'objet d'une discussion entre cadres, voir d'un arbitrage polaire. En effet, un agent qui changerait de service et dont la balance horaire

serait excédentaire de beaucoup, ne doit pas pénaliser le pôle qui l'accueille, et doit dès lors récupérer avant son transfert.

De même refuser une mobilité à un agent pour motif d'heures dues est discriminante. D'où la nécessité d'un arbitrage en trinôme de pôle, pour convenir d'une récupération « forcée » avant sa prise de poste dans le service aval, ou toute autre solution qui ne pénalisera ni le pôle ni l'agent.

b) Les tableaux de bord : outil de suivi des heures supplémentaires.

Ils permettent de mesurer l'efficacité du pôle, en terme d'organisation. L'uniformisation des tableaux de bord au niveau de l'établissement semble nécessaire pour avoir un comparatif standardisé.

Ils synthétisent des données issues des balances horaires des agents par unité, chaque cadre recevant tous les mois les informations relatives aux heures supplémentaires de son service.

Une synthèse par pôle devrait être adressée aux membres du trinôme pour en faire l'analyse qui portera sur les variations par rapport aux prévisions. De là, soit il y a une cause identifiée, soit il n'y en a pas, et dans ce dernier cas, il importe de s'interroger sur le bien fondé de cette variation.

Le décret du 4 octobre 2007⁶² fait de l'utilisation de cet outil de suivi des heures supplémentaires une obligation réglementaire.

c) Le suivi : à quelle fréquence ?

Elle est conseillée dans le protocole d'accord du 6 février 2008, dans son article 5 :

« Des comités de suivi constitués par les signataires du présent protocole instaurés aux niveaux national, régional et local se réuniront au moins 2 fois par an. Le comité de suivi national sera consulté sur l'élaboration de l'ensemble des dispositions découlant du présent protocole. Ces dispositions feront l'objet d'une évaluation annuelle.⁶³ »

Elle peut et doit être plus fréquente au niveau du trinôme de pôle pour une plus grande réactivité et un ajustement des moyens aux objectifs. Ainsi, après analyse des résultats, il est plus aisé de réajuster rapidement tout dérapage sans plus attendre.

En revanche, la présentation globale des résultats des heures supplémentaires du pôle, de leur indemnisation ou récupération, doit être faite en conseil de pôle, soit 2 fois par an.

⁶² Décret n° 2007-1430 du 4 octobre 2007 portant application aux agents publics de l'article 1er de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat

⁶³ Protocole d'accord relatif à l'indemnisation des comptes épargne temps et des heures supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière. 6 février 2008

B) Le badgeage : une reconnaissance réglementaire.

Réglementairement, le badgeage s'impose comme le moyen de contrôle obligatoire des dépassements horaires.

En effet, dans son article 2, le décret du 25 avril 2002 indique :

« Le versement des indemnités horaires pour travaux supplémentaires à ces fonctionnaires est subordonnée à la mise en oeuvre par leur employeur de moyens de contrôle automatisé permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires qu'ils auront accomplies.

*S'agissant des personnels exerçant leur activité hors de leurs locaux de rattachement, un décompte déclaratif contrôlable peut remplacer le dispositif de contrôle automatisé. »*⁶⁴

Parallèlement à l'informatisation, la mise en place du badgeage dans certains hôpitaux, a montré les tendances inflationnistes du système. En effet, les hôpitaux contactés, notent tous que, le badgeage, en totalisant toutes les minutes de dépassement d'horaire, a fait croître de façon significative les compteurs d'heures supplémentaires, et ce malgré un paramétrage soigneux et une répartition des badgeuses étudiée sur les différents sites de l'établissement. Certains ont même fini par renoncer à l'installer.

Qui plus est la vigilance des cadres peut s'en trouver émoussée, puisque la badgeuse alimente directement le compteur de l'agent, la procédure de validation par le cadre, dernier rempart avant créditation de la balance horaire de l'agent, ainsi allégée, peut entraîner un défaut de vigilance.

A Quimper, seuls certains services badgent, les autres pas, et dans les services qui badgent, les compteurs totalisent environ 10% d'heures supplémentaires de plus que dans les services qui ne badgent pas.

Or, seuls les dépassements horaires objectivés par le badgeage sont réellement susceptibles de représenter des heures supplémentaires, au regard des textes⁶⁵ les autres pouvant être qualifiées de déclaratives.

2.2.3 Une affirmation de la responsabilisation du pôle: le projet de loi Hôpital Patients Santé Territoires (H.P.S.T.)

L'avant projet de loi encore nommé P.S.T., en date du 20 août 2008, affiche, dans son titre III, modernisation des établissements de santé, une réelle volonté de renforcer la responsabilité du pôle, notamment au travers des contrats de pôle et du rôle du chef de pôle (ex –responsable de pôle) en matière de ressources humaines.

⁶⁴ Décret no 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires

⁶⁵ Décrets n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires et décret n°2007-1430 du 4 octobre 2007, portant application aux agents publics

« Le renforcement du pilotage de l'hôpital nécessite une clarification des lignes hiérarchiques : les chefs de pôles ont la responsabilité pleine et entière de l'organisation interne du pôle, et disposent pour cela de moyens de gestion adaptés.⁶⁶ »

Mais aussi,

« d'autre part en affirmant le rôle du chef de pôle qui se verra fixer des objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui lui seront délégués. Le chef de pôle bénéficie d'une délégation de gestion large, précisée au sein du contrat de pôle qu'il signe avec le président du directoire. Il a autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle. Il s'appuie sur les responsables de structures internes qui organisent le temps médical. »⁶⁷

et encore

« Ces objectifs seront déclinés avec l'ensemble des personnels concernés au sein du contrat de pôle. »⁶⁸

La délégation totale au pôle est donc bien affirmée, et le rôle du chef de pôle en matière de G.R.H renforcé.

Maîtriser ne veut pas dire supprimer les heures supplémentaires, ce qui relèverait de l'utopie, mais simplement de savoir où on va, y avoir recours à bon escient.

La maîtrise des heures supplémentaires passe donc par un meilleur affichage des règles de fonctionnement de l'institution et un meilleur suivi du pôle.

3 Une politique d'établissement qui tient compte du contexte :

Même si la politique de maîtrise des heures supplémentaires est l'affaire des établissements eux-mêmes, il n'en demeure pas moins que cette politique ne peut faire abstraction des problématiques émergentes d'un contexte hospitalier en pleine mutation et même au-delà, du milieu de la santé dans sa globalité, qui va se trouver entièrement refaçonné à la lumière des A.R.S.⁶⁹

de l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail de l'emploi et du pouvoir d'achat.

⁶⁶ Avant projet de loi Patient Santé Territoire, Titre III : modernisation des établissements de santé. Synthèse.

⁶⁷ Idem article 25

⁶⁸ Idem article 25 suite

⁶⁹ Avant projet de loi Patient Santé Territoire,

3.1 Un système hospitalier en constante évolution:

La maîtrise des heures supplémentaires dans un contexte de constante évolution du système hospitalier n'est pas aisée. En effet, les organisations peinent à s'adapter aux progrès de la médecine, et les besoins de formation des personnels s'en trouvent accrus.

3.1.1 Une médecine plus performante... :

Les progrès dans le domaine de la médecine n'ont jamais atteints le paroxysme qu'ils connaissent actuellement. On assiste à une vraie révolution tant dans le diagnostic que dans les traitements et l'hôpital doit s'inscrire dans ce courant pour offrir au patient la meilleure prise en charge en réduisant le temps d'hospitalisation et les risques, mais aussi rester attractif aux jeunes médecins désireux d'exercer ce nouvel art de la médecine. Toutes ces nouveautés bouleversent les pratiques et les organisations qui ne s'adaptent pas aussi vite à l'évolution des techniques médicales.

A) Des techniques médicales de pointe :

La nouvelle prise en charge demande plus d'intervenants, plus de médecins :

« Les progrès scientifiques et les potentialités technologiques modifient aussi la nature des interventions des professionnels de santé. Ceux-ci ont souligné, lors des auditions, le temps grandissant pris par certaines techniques d'analyses diagnostiques, qui supposent des temps longs d'interprétation et d'échanges. Le développement des capacités diagnostiques et thérapeutiques repose maintenant sur des outils technologiques dont le coût et l'utilisation exigent une mutualisation des savoir-faire. »⁷⁰

Ainsi le développement de l'imagerie interventionnelle remplace progressivement les interventions exploratrices, déplaçant les besoins en spécialistes et en personnels des services de chirurgie vers la radiologie. De nouvelles pratiques sont initiées, avec des avis demandés par visioconférences car tous ne peuvent avoir la maîtrise de savoir-faire aussi experts.

B) Une D.M.S. orientée à la baisse :⁷¹

La durée moyenne de séjour est fréquemment utilisée comme un facteur d'efficacité. Toute chose égale par ailleurs un séjour court diminue le coût par épisode de soins. Entre 1998 et 2004, la durée moyenne de séjour pour les soins aigus a diminué. Le déclin de la D.M.S. peut être attribué à plusieurs facteurs, en particulier l'utilisation de techniques chirurgicales moins invasives, et la généralisation des sorties précoces permises par la mise en place d'un suivi des patients à domicile.

⁷⁰ Commission démographie médicale. Rapport BERLAN avril 2005.

⁷¹ Cf. annexe 5. Source : Ministère de la santé et des solidarités – D.R.E.E.S. – S.A.E. 1998 à 2004

Il convient toutefois de nuancer ces chiffres, car la pénurie de lits d'aval, notamment dans le cas des personnes âgées isolées, ne permet pas de faire baisser la D.M.S. à hauteur de ce qu'elle pourrait être.

La baisse de la D.M.S. dans les services entraîne pour les agents une rotation plus grande des patients, des entrées et des sorties plus nombreuses, susceptibles de générer des heures supplémentaires par l'augmentation de cette activité.

3.1.2 ... des organisations hospitalière à la traîne :

A) L'adaptation des organisations : toujours curative.

Les organisations des services doivent donc s'adapter à ces changements de pointe. Pour exemple, avec l'arrivée massive de tous les logiciels métiers, tous les nouveaux matériels électroniques, il est important de contrôler si les moyens en personnels et en compétences informatiques sont couverts pendant les périodes de garde. Ainsi la mise en place d'une astreinte informatique, ou d'un renfort peut être envisagé, pour pallier à l'aléa. Autre exemple, le service social qui a pris une importance accrue depuis la mise en place de la T2A dans le cadre de la sortie précoce du patient. La prise en charge médico-sociale doit donc être parallèle de la prise en charge soignante et débiter dès l'admission de celui-ci, afin que toutes les aides soient en place à son rétablissement et son retour à domicile. Les effectifs en assistants sociaux doivent donc être en rapport avec l'activité médicale, et réévalués périodiquement.

B) L'adaptation des personnels : une formation longue.

L'adaptation des personnels passent par une formation accrue, de plus en plus spécialisée et donc longue, pour maîtriser tous les outils à leur disposition. La remise à jour des connaissances et des compétences est de plus en plus cruciale dans un système où le temps c'est de l'argent.

Ces nouvelles techniques, ces nouveaux matériels, ces nouveaux logiciels sont de plus en plus sophistiqués, et la formation est de plus en plus pointue.

Un paradoxe émerge alors : là où il faudrait plus de réactivité, plus de polyvalence (notamment dans les services à roulement variable lors de l'absence de l'un ou de l'autre), on en arrive à spécialiser le personnel.

C'est le même paradoxe qui invite les agents à être mobiles, alors même qu'ils sont devenus experts. Comment transmettre ce savoir quand tout va si vite ?

Par exemple au laboratoire, les automates qui demandent des formations longues tant pour leur utilisation que pour la maintenance, sont proposées à des binômes. Tous les

laborantins ne peuvent obtenir ce niveau d'expertise, faute de quoi, il faudrait des années pour former tout le monde et, qui plus est, entre temps ils perdraient leurs compétences si ils ne pratiquaient pas sur cet automate.

Il en va de même sur des logiciels métiers, de G.R.H. ou de gestion administrative qui demandent une véritable expertise pour le paramétrage. Quid de ces compétences acquises quand l'agent quitte le service.

Que d'heures supplémentaires en perspectives pour réobtenir ce niveau de compétence chez le nouvel agent ?

3.2 Une activité encadrée, des missions à assurer :

Financer les heures supplémentaires par des recettes supplémentaires pourrait constituer la solution idéale à cette problématique dans un contexte de T2A, mais c'est sans compter la réglementation qui encadre soigneusement l'activité. Quid alors de la mission de service public de l'hôpital dans des domaines structurellement déficitaires ?

3.2.1 L'activité supplémentaire:une fausse bonne idée.

L'activité supplémentaire génère des recettes supplémentaires, qui pourraient servir à financer les heures supplémentaires.

Mais à activité supplémentaire, il faut aussi mettre en face des moyens supplémentaires. On pourrait donc penser financer ces renforts supplémentaires par les recettes supplémentaires. Or ces renforts absorbent les recettes supplémentaires et parfois ne les couvre même pas en totalité.

Si l'idée de financer les heures supplémentaires par une activité supplémentaire semble alléchante, il n'en demeure pas moins qu'à y regarder de plus près, elle ne constitue pas la bonne solution. Qui plus est les personnels vieillissants et fatigués (confirmé par un absentéisme élevé), aspirent à souffler un peu.

Un autre argument démolit cette théorie, c'est l'encadrement de l'activité au niveau national et régional.

3.2.2 Une activité encadrée :

L'activité est encadrée de 2 manières, au plan national dans le cadre de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (O.N.D.A.M.), mais aussi au plan régional au travers des objectifs quantifiés de l'offre de soins (O.Q.O.S.)

A) Une enveloppe fermée : l'O.N.D.A.M.

Paradoxalement, à l'hôpital, l'augmentation de l'activité fait baisser le prix de l'unité du groupe homogène de séjour (G.H.S)

Pour comprendre cet effet apparemment surprenant, il faut se rappeler que l'assurance maladie, principal financeur de l'activité de l'hôpital évolue dans une enveloppe fermée..

La loi organique du 22 juillet 1996⁷² a instauré un vote annuel d'un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (O.N.D.A.M.). Celui –ci est réparti ensuite entre les différentes catégories de dépenses : hôpitaux, soins de ville et médico-social.

L'O.N.D.A.M. constitue donc une enveloppe fermée dans laquelle doivent s'inscrire toutes les dépenses de santé.

L'augmentation de l'activité de l'hôpital se traduit donc par une baisse des tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (G.H.S.) selon un effet prix –volume, afin de maintenir la dépense de l'assurance maladie dans l'O.N.D.A.M.

B) Un offre centrée sur les besoins : les Objectifs Quantifiés.

L'activité des hôpitaux est encadrée par des objectifs quantifiés, qui s'imposent à l'établissement, et qui sont définis comme les besoins de soins de la population du territoire de santé.

Ces objectifs quantifiés de l'activité de soins sont notifiés en annexe au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'A.R.H. et sont la contrepartie des autorisations données à l'hôpital. Pour chaque titulaire d'autorisation, les objectifs quantifiés sont définis dans l'annexe du S.R.O.S. par activité de soins.

Mis en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003⁷³, les objectifs quantifiés doivent répondre à des besoins de santé de la population. *« Ils sont inscrits dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) et arrêtés sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population, et de leur évolution tout en tenant compte des données démographiques, épidémiologiques, des progrès des techniques médicales et après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins. »*⁷⁴

La liberté d'activité est donc toute relative, et il y a impossibilité de faire les actes que l'on veut. Ces objectifs quantifiés définissent à la fois des seuils minimum et maximum, seuil minimum en dessous duquel l'autorisation pour l'activité est menacée et seuil maximum au dessus duquel on ne peut plus en exercer. Toutefois ils préviennent l'inflation de soins en adaptant l'offre aux besoins de la population.

De plus, contrairement à la T2A qui ne s'applique pour l'instant qu'au seul M.C.O., les objectifs quantifiés s'appliquent à tous les secteurs, M.C.O, S.S.R. et secteur de personnes âgées.

⁷² Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁷³ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

La conférence sanitaire de secteur, intervient à la fois en amont, par une concertation territoriale sur les objectifs quantifiés préalable à la négociation des C.P.O.M. ; mais aussi en aval, par un suivi des C.P.O.M. en lien avec le projet médical de territoire (P.M.T.)

3.2.3 Une mission à assurer : le service public.

L'hôpital a une mission de service public et il ne peut pas, sous prétexte que l'activité n'est pas rentable, l'abandonner. Or certaines activités sont structurellement déficitaires.

En effet, certains services comme la maternité ou la pédiatrie sont structurellement déficitaires et non moins nécessaires. Les pôles mères –enfants, présents dans la plupart des hôpitaux ont donc toujours vocation à être déficitaires.

C'est aussi une des limites à la rémunération des heures supplémentaires par l'excédent dégagé dans le pôle. Toutefois, dans ce cas, il appartient à l'encadrement de faire récupérer les heures supplémentaires des personnels dans le cadre des journées où l'activité est moindre, sans pour autant démunir le service qui doit rester capable d'accueillir à tout moment les patients qui se présentent.

Entre une activité régulée, des tarifs toujours revus à la baisse et des missions auxquelles l'hôpital ne peut se dérober, il paraît donc très difficile dans ces conditions de trouver des recettes supplémentaires au travers de l'activité de l'hôpital pour financer les heures supplémentaires.

3.3 Une démographie de professionnels défavorable :

Sur le territoire national de 10 à 20000 postes de soignants sont actuellement vacants⁷⁵. En dehors de toute considération financière, le remplacement des agents récupérant des heures supplémentaires semble mal engagé. Des départs massifs à la retraite dans les années à venir ne permettent pas d'envisager des jours meilleurs. Il existe aussi une inégalité territoriale, géographique, qui rend les campagnes plus défavorisées encore que les villes côtières.

3.3.1 Des départs massifs à la retraite

« La fonction publique hospitalière connaît en effet un choc démographique sans précédent. Entre 1999 et 2015, 385 000 départs à la retraite auront lieu, soit 55 % des effectifs de 1999. 2012 sera l'année au cours de laquelle ces départs seront les plus nombreux puisque plus de 29 000 agents devraient alors prendre leur retraite, soit une augmentation de 125 % du nombre de départs par rapport à 1999. »

⁷⁴ Eléments de méthode pour la construction des objectifs quantifiés de l'offre de soins dans le cadre des S.R.O.S. D.H.O.S. le 13 décembre 2005.

⁷⁵ Source le magazine l'étudiant.

La filière technico-ouvrière est celle dont l'effectif sera le plus touché, puisque plus de 50 000 départs sont prévus, soit 58 % de l'effectif de 1999. »⁷⁶

D'où l'idée de considérer l'externalisation de certaines activités logistiques de l'hôpital avec le plus grand sérieux.

« Pourtant, l'évolution de la pyramide des âges dans la fonction publique hospitalière constitue une réelle occasion d'engager une réflexion sur la gestion prévisionnelle des carrières, la gestion des effectifs et la mise en oeuvre d'une politique globale de gestion des ressources humaines. »⁷⁷

Et par gestion des effectifs, il faut comprendre des départs anticipés, pour apurer la dette d'heures supplémentaires de ces agents, qui nécessiteront des recrutements anticipés. Car en effet, depuis 2002, ces agents prévoyants épargnent leurs heures et même leurs jours, en vue de leur départ anticipé.

3.3.2 Des zones géographiques sinistrées :

Le rapport BERLAN fait le triste constat que l'offre de soin n'est pas égalitaire sur l'ensemble du territoire :

Dans le rapport de 2002, la mission « démographie des professions de santé » a analysé l'état des lieux : « De manière générale, l'offre de soin est principalement concentrée dans les zones urbaines. Les zones péri-urbaines socialement défavorisées sont souvent sous-médicalisées, comme le sont les zones rurales »⁷⁸

Dans les zones périurbaines, l'insécurité et la détérioration du tissu économique et social expliqueraient cette désertion médicale.

Dans les zones rurales, l'isolement et la permanence des soins très contraignante, ajoutée à des critères de viabilité économique et des difficultés de vie familiale (trouver un travail pour le conjoint ou scolariser les enfants) semblent expliquer cette raréfaction médicale.

3.3.3 Les heures supplémentaires : la solution ?

Pour faire face à la pénurie de recrutement, le recours aux heures supplémentaires semble la solution.

Toutefois, l'utilisation des agents en place semble bien fragile, face aux besoins, car le nombre d'heures supplémentaires est plafonné à 2 jours par mois environ. Compte tenu de ce fait, il faudrait la collaboration de 10 personnes pour en remplacer une vingtaine de jours par mois. Nonobstant le fait qu'il faudrait que ces 10 personnes soient disponibles

⁷⁶ Rapport du Sénat : « pour une gestion responsable de l'hôpital »

⁷⁷ Idem

⁷⁸ Rapport BERLAN. Commission de la démographie médicale. 2005

les jours où il serait nécessaire de remplacer, les plannings seraient très difficiles à élaborer mais aussi à gérer au quotidien.

Le recours aux heures supplémentaires pour faire face à un aléa a cependant déjà été expérimenté par le passé.

Ainsi lors du plan de prévention de la canicule, une circulaire interministérielle en date du 4 juillet 2006⁷⁹ autorise à recourir aux heures supplémentaires au delà du plafond réglementaire pour la période du 1er juin au 30 septembre 2006. Cette mesure avait d'ailleurs déjà été appliquée en 2005, mais si la possibilité avait été envisagée, le recours à cette mesure est resté exceptionnel.

A) La fonction publique hospitalière : des dispositions particulières

La Fonction Publique Hospitalière est épargnée par les mesures qui frappent l'emploi public. Toutefois les consignes restent de présenter des comptes à l'équilibre, sans pour autant toucher aux effectifs. La dépense supplémentaire que représenterait l'indemnisation des heures supplémentaires, confirme bien s'il en faut, la nécessité de maîtriser les dérapages financiers que pourraient constituer le paiement de ces heures.

« En dépit de ce contexte démographique sensible, la fonction publique hospitalière est régie selon des règles distinctes de la fonction publique de l'Etat. Dans une circulaire du 11 février 2008 adressée à l'ensemble des membres du Gouvernement, le Premier ministre a rappelé sa volonté de ramener les comptes publics à l'équilibre. Cet engagement a pour corollaire des conséquences en matière d'emploi public. Chaque ministère doit présenter des prévisions de dépenses de personnel pour la période 2009-2011 au cours de laquelle sera appliqué le principe de non remplacement d'un départ de fonctionnaire à la retraite sur deux. Or, malgré le déficit permanent de l'assurance maladie et la fragilité financière des établissements de santé, cette règle ne s'applique pas à la fonction publique hospitalière, ni pour les personnels soignants, ni pour les personnels non soignants comme les agents. »

Néanmoins, le recours aux heures supplémentaires pour répondre à un déficit de personnels n'est pas sans risque.

⁷⁹ Circulaire DHOS/F2/DGAS/1A/DSS/2C/CNSA n° 2006-296 du 4 juillet 2006 relative à l'allocation de moyens exceptionnels d'assurance maladie au bénéfice des services de soins infirmiers à domicile, des établissements hébergeant des personnes âgées et des unités de soins de longue durée pour l'été 2006

B) Des risques professionnels réels: le burn out

Au delà de l'utilité de recourir aux heures supplémentaires pour compenser les postes vacants, le risque est de placer les agents en situation de burn out, d'épuisement professionnel.

En effet, les causes du stress des soignants sont connues⁸⁰ : la pénurie de soignants, l'augmentation de la quantité de travail, la difficulté de faire coïncider les horaires hospitaliers et la vie sociale, la difficulté de planifier...

Or c'est tout ce que vivent les établissements actuellement. Ajoutée à cela le prolongement de la durée au travail par le recul de l'âge de la retraite, les conditions du burn out sont réunies.

Ainsi, le Pr. CORTEN, à l'origine du recensement de causes du burn out, a étudié en détail ce syndrome, et précise que ce syndrome apparaît particulièrement dans les professions qui demandent d'avoir une flamme, une vocation; où la réussite de l'action dépend essentiellement de ses capacités relationnelles ; où l'agent est exposé au stress, aux contraintes et aux frustrations.

Or l'hôpital n'est pas forcément un lieu de guérison, et pour les personnels soignants, malgré des réponses adaptatives, au bout de quelques années, l'épuisement, la déshumanisation et la démotivation s'installe et occupe petit à petit tous les domaines de la vie générant une vraie souffrance.

Qui plus est, le burn out est insidieux, car peu de signes le laisse présager, les agents atteints donnant le change jusqu'à l'écroulement.

Rajouter des heures supplémentaires à une population déjà très sollicitée, ne semble donc pas la meilleure solution face à la problématique de la démographie soignante.

En outre, il convient de préciser que l'augmentation de l'absentéisme, en sollicitant des mensualités de remplacement supplémentaires, aggrave la situation. Ces mensualités auraient pu être consacrées au remplacement des agents récupérant des heures supplémentaires.

Toutefois, l'hôpital devant aussi assurer sa mission 24h sur 24h, il peut être judicieux de proposer ce surcroît de travail aux personnes volontaires.

⁸⁰ La souffrance des soignants : Pr. Ph. CORTEN. Laboratoire de psychologie médicale. 9 décembre 2004

3.4 Vers une mutualisation des moyens : la communauté hospitalière de territoire

La mutualisation des moyens entre établissement de santé pourrait constituer des sources plus réalistes de réponses au problème de la démographie que le recours aux heures supplémentaires.

Comme le souligne le rapport LARCHER ⁸¹ :

« La gestion des ressources humaines à l'hôpital constitue l'un des axes forts d'évolution pour l'hôpital public. Cette question devra donc être traitée dans le cadre de la restructuration hospitalière, dont les communautés hospitalières de territoire constitueront l'élément central. »

Ainsi, il apparaît nettement une volonté de mutualiser les moyens entre établissements de santé afin de réduire à la fois les dépenses de personnels et notamment les personnels non soignants, et par là même maîtriser ces charges qui constituent 66% des dépenses hospitalières et 23% des dépenses de l'O.N.D.A.M.

La loi H.P.S.T. en cours d'élaboration actuellement, reprend cette notion de communauté hospitalière de territoire :

« Les communautés hospitalières de territoire, appelées à devenir la forme de droit commun de coopérations entre établissements publics de santé, permettent à plusieurs de ces établissements de mutualiser certaines fonctions support et stratégiques, afin d'améliorer les complémentarités et la réactivité de l'offre au niveau local »⁸².

3.5 La cohabitation de deux systèmes contradictoires :

On assiste donc dans les établissements à 2 systèmes de gestion du temps de travail, d'une part la réduction du temps de travail, et d'autre part le travail supplémentaire. Cela peut paraître difficile à comprendre, d'autant que la loi sur l'augmentation du pouvoir d'achat a créé un véritable effet d'aubaine.

3.5.1 Réduction du temps de travail et heures supplémentaires : quelle compatibilité ?

Cohabitent désormais dans les hôpitaux deux systèmes contradictoires : La semaine de 35 heures avec le droit à la R.T.T. et le recours aux heures supplémentaires.

Les lois AUBRY instituant les 35 heures avaient pour objectif de faire baisser le chômage en partageant le travail. En limitant drastiquement le recours aux heures supplémentaires,

⁸¹ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par Gérard LARCHER, avril 2008

⁸² Avant projet de loi Patient Santé Territoire, Titre III, chapitre 3

elles favorisaient l'emploi. Mais pour Bénédicte Reynaud⁸³. *«Attention, les lois ne sont pas aussi rigides que le laissent supposer les ultra-libéraux, prévient-elle. Une durée légale n'a jamais empêché d'adapter l'organisation du travail aux besoins spécifiques des entreprises, à travers les nombreux outils de flexibilité. »*

C'est ce qui manque à l'hôpital, la flexibilité pour s'adapter au besoin ce que confirme Michel LALLEMENT⁸⁴ :

« Si l'on a beaucoup parlé de la réduction du temps de travail avec les débats récurrents sur les 35 heures, on a passé sous silence que cette politique a été accompagnée d'une flexibilité croissante des temps de travail »,

Pour lui les 35 heures ont désorganisé la production et entraîné une augmentation des rythmes :

« Ils en retirent certes un peu moins d'heures de travail, mais surtout une fragmentation et une désorganisation de leur temps, plus de stress et de travail intensif. »

La flexibilité, l'hôpital l'a trouvé lui-même pour ne pas nuire à la prise en charge du patient. A la réduction du temps de travail, il a rajouté des heures supplémentaires pour pouvoir continuer l'activité existante.

Avec la maîtrise des heures supplémentaires, c'est le travail qui aurait du être mis en place en 2002 qui est à faire.

3.5.2 Des effets inattendus : l'effet d'aubaine.

La loi T.E.P.A. a provoqué une prise de conscience du bonus des heures supplémentaires et une modification des comportements déclaratifs.

Dans le privé, employeurs et salariés ont trouvé là leur compte, d'un côté un allègement des cotisations sociales, et de l'autre un allègement de la fiscalité avec un gain du pouvoir d'achat.

Ainsi, les résultats d'une enquête du ministère de l'emploi publié dans le magazine « le point » du 4 juillet 2008⁸⁵, montrent une augmentation de 40% du nombre des heures supplémentaires déclarées.

« Cependant, la hausse du nombre d'heures supplémentaires déclarées "peut refléter pour partie une modification des comportements déclaratifs des entreprises", préviennent les auteurs de l'enquête

"Les allègements de cotisations sociales qui y sont liés amènent désormais les entreprises à recenser avec plus de précision les heures supplémentaires".

⁸³ Elle est directrice de recherche au C.N.R.S. (Paris Jourdan Sciences Économiques (PSE), CNRS / EHESS / ENPC / ENS).

⁸⁴ Professeur de sociologie au Conservatoire national des arts et métiers

⁸⁵ « Les heures supplémentaires ont augmenté de 40 % par rapport à début 2007 » le point du 04.07.2008

Depuis le 1er octobre 2007, les heures supplémentaires,..., sont exonérées de cotisations sociales, non imposables pour les ménages acquittant l'impôt sur le revenu et le plus souvent payées 25 % de plus qu'une heure normale. »⁸⁶

Chacun y trouve donc son intérêt, employeurs et salariés.

Toutefois cette enquête n'est pas propre aux heures supplémentaires dans les hôpitaux et n'a sans doute pas vocation à être généralisée à la fonction publique hospitalière.

Néanmoins, elle prouve, si c'est encore utile de le faire, la nécessité de parvenir à maîtriser les heures supplémentaires. Une réglementation incitative peut provoquer un effet d'aubaine qui serait préjudiciable à l'organisation des services d'une part et la trésorerie des hôpitaux d'autre part.

⁸⁶ Idem

Conclusion

La maîtrise des heures supplémentaires constitue une urgence et doit devenir une priorité pour les hôpitaux. En effet, la rémunération attractive créée par la loi T.E.P.A., même s'il apparaît que les agents ne sont pas intéressés par la rémunération mais préfèrent la récupération, a remis en pleine lumière la problématique oubliée des heures supplémentaires, qui avec une dette de plus de 23 millions d'heures serait devenue une véritable bombe à retardement financière pour les établissements.

Qui plus est, le passage de 7% à 25% en 2008, de l'indemnisation de l'heure supplémentaire vient encore aggraver ce phénomène.

Il reste qu'au travers de l'indemnisation ou de la récupération, les dépenses liées aux heures supplémentaires seront à la charge de l'établissement et que les finances des hôpitaux ne pourront guère le supporter.

L'heure supplémentaire, comme son nom l'indique doit avoir un caractère exceptionnel et à service exceptionnel, rémunération exceptionnelle. C'est dans l'ordre des choses.

Le recours aux heures supplémentaires doit donc être encadré, limité et rationalisé. Faute de quoi c'est l'équilibre budgétaire déjà fragile de l'établissement qui s'en trouve menacé.

Il appartiendra donc aux établissements de mettre en place des mesures de « chasse au gaspi » d'heures supplémentaires, en redéfinissant plus précisément les règles de gestion, en débusquant et supprimant les moyens détournés, en travaillant sur les organisations, qu'elles soient médicales ou paramédicales, administratives ou logistiques. A chacun de trouver ses actions de rationalisation des heures supplémentaires, car on ne peut plus désormais se contenter de payer la facture présentée.

Il ne s'agit pourtant pas non plus d'éradiquer totalement les heures supplémentaires à l'hôpital, ce qui relèverait de l'utopie, mais uniquement d'en maîtriser la production, et ce en partenariat avec le pôle au travers de la contractualisation. L'addition est lourde et s'ajoute à celle des C.E.T médicaux et paramédicaux, mais aussi à d'autres dispositifs tels que la garantie individuelle du pouvoir d'achat (G.I.P.A.)

Le projet de loi H.P.S.T. renforce les pouvoirs du chef de pôle en lui confiant la gestion des ressources humaines et l'organisation de son pôle. Cette gestion de proximité sera-t-elle plus vigilante et plus efficiente en matière d'heures supplémentaires ?

Parallèlement le contrôle est aussi renforcé et le passage aux instances des tableaux de bord de suivi des heures supplémentaires est réglementé. De même le contrôle extérieur fait partie des obligations dans la contractualisation avec le ministère.

Toutefois une piste envisagée dans l'apurement de la dette, semble avoir été abandonnée. Véritable alternative, elle avait le mérite de ne pas non plus alourdir la

facture des établissements, tout en veillant aux intérêts du salarié: la conversion de la dette d'heures supplémentaires en cotisation retraite.

Ainsi le Président l'avait lui-même rappelé :

« Vous savez moi,....., je me mets à la place du personnel, ils font des heures supplémentaires et ils ne sont pas payés..... Maintenant, il faut payer ce qui est possible. Et pour le reste, et pour les C.E.T., il faut réfléchir à une solution où les hôpitaux pourraient convertir ces jours en cotisations pour financer les retraites complémentaires. »⁸⁷

Il semble cependant, qu'apparaisse une divergence entre la maîtrise des heures supplémentaires souhaitable dans les établissements et la volonté gouvernementale d'une plus grande flexibilité du temps de travail. Ainsi la loi portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail du 21 août 2008⁸⁸, invite-t-elle dans son titre II à une plus grande flexibilité du travail, notamment par le recours aux heures supplémentaires.

Pour l'instant elle ne s'applique qu'au secteur privé, mais à quand sa déclinaison à la Fonction Publique ?

Car pour répondre à la préoccupation des syndicats relative au pouvoir d'achat, le Président de la République l'a promis :

« Nous allons mettre en place une garantie de pouvoir d'achat pour les fonctionnaires. L'indice de base ne suit pas l'évolution des prix ? Le traitement indiciaire de base évoluera au minimum sur l'évolution de l'inflation. Mais ce "rattrapage" doit faire aussi par un recours accru aux heures supplémentaires »⁸⁹

Comment les établissements gèreront-ils cette apparente contradiction ?

⁸⁷ Allocution de Mr le Président de la République. Installation de la commission LARCHER CHU de Bordeaux – Mardi 16 octobre 2007.

⁸⁸ Loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail

⁸⁹ Discours du Président de la République lors de ses vœux au corps constitué des fonctionnaires. 11 janvier 2008

Bibliographie

I - Ouvrages – rapports :

- ❖ GHEORHIU Mihaï Dinu, MOATTY Frédéric : Document de travail : les conditions de travail en équipe. Post enquête « Conditions du travail dans les établissements de santé » Centre d'études de l'emploi. C.E.E. N° 49 – Juin 2005 D.R.E.E.S.
- ❖ LE LAN Romuald : Document de travail : Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5000 actifs dans les établissements de santé. D.R.E.E.S. Direction de la recherche des études et de l'évaluation et des statistiques. n° 102 – Août 2006
- ❖ LAFORTUNE Gaétan : Panorama de la santé: les indicateurs de l'O.C.D.E. 2005 Organisation de coopération et de développement économiques, OECD Publishing, 2005
ISBN 9264012648, 9789264012646 176 pages.
- ❖ POISSON Michel – THIBAUT Marie-Noëlle : A propos de la grève des infirmières françaises de 1988, Le mouvement social. N° 146 janvier mars 1989 Les éditions ouvrières Paris.
- ❖ VASSELLE Alain – CAZEAU Bernard Rapport d'information n° 403 (2007-2008) « Pour une gestion responsable de l'hôpital » mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 18 juin 2008
- ❖ LABORIE Hervé : temps de travail et organisation des services dans les hôpitaux et cliniques. Rapport final du chantier M.E.A.H. : Mai 2008.
- ❖ BERLAN Yvon :Commission démographie médicale Rapport Avril 2005
- ❖ Eléments de méthode pour la construction des objectifs quantifiés de l'offre de soins dans le cadre des S.R.O.S. D.H.O.S. le 13 décembre 2005.
- ❖ Collectif et J.-H. BARRIER Dictionnaire de l'infirmière : Termes médicaux, soins infirmiers par Broché - 5 mai 1998.

- ❖ CORTEN Philippe La souffrance des soignants : Laboratoire de psychologie médicale.
9 décembre 2004
- ❖ LARCHER Gérard, Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital : avril 2008

II - Discours :

- ❖ Allocution de M. Nicolas SARKOZY, Président de la République, à l'occasion de la visite de l'Institut Régional d'Administration (IRA). Nantes 19 septembre 2007
- ❖ Allocution de M. Le Président De La République, Installation de la Commission LARCHER
CHU de Bordeaux – Mardi 16 octobre 2007
- ❖ Discours des vœux du Président de la République le 11 janvier 2008 à Lille.
- ❖ Déclaration d'Annie PODEUR, directrice de la DHOS, 15 janvier 2008.
- ❖ Discours de Madame Roselyne BACHELOT- NARQUIN, Ministre de la santé, Etats Généraux de l'Offre de Soins, Maison de la Chimie, Mercredi 9 avril 2008.

III – Presse écrite - Périodiques :

- ❖ BIENVAULT Pierre A l'hôpital, certains médecins ont stocké jusqu'à 120 jours de R.T.T La Croix du 6 janvier 2008
- ❖ « Les heures supplémentaires ont augmenté de 40 % par rapport à début 2007 » le point du 04.07.2008

IV - Sites Internet :

❖ <http://www.legifrance.gouv.fr:>

1996 : Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

2002 : Décret no 2002-9 du 4 janvier 2002

Arrêté du 24 avril 2002

Décret no 2002-598 du 25 avril 2002

2003 : Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003

2005 : Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005

Décret n° 2005-421 du 4 mai 2005

Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005

2006 : Circulaire DHOS/F2/DGAS/1A/DSS/2C/CNSA n° 2006-296 du 4 juillet 2006

2007 : Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007

Loi n° 2007-1223 du 21 août 2007

Décret n° 2007-1430 du 4 octobre 2007

2008 : Protocole d'accord relatif à l'indemnisation des comptes épargne-temps et des heures supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière. 6 février 2008

Le décret n°2008-199 du 27 février 2008

Décret n° 2008-456 du 14 mai 2008

Circulaire DHOS/P2/DGAS/5 B no 2008-162 du 14 mai 2008

Avant projet de loi Patient Santé Territoire.20 août 2008

Loi n° 2008-789 du 20 août 2008

❖ <http://www.sante.gouv.fr>

❖ <http://www.elysee.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Détermination des heures supplémentaires à rémunérer. Algorithme de décision appliqué au C.H.I.C.

Annexe 2 : Présentation du dispositif heures supplémentaires du C.H.I.C. au C.T.E.

Annexe 3 : Coupon-réponse de demande d'indemnisation

Annexe 4 : Comparaison coût de remplacement et indemnisation des heures supplémentaires au 31/12/2007 (taux 1.07) et en 2008 (taux 1.25)

Annexe 5 : Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète par discipline. Evolution de 1998 à 2004

Annexe 6 : audit d'activité des cadres. Travail sur les organisations. C.H.I.C.

Annexe 1 - Détermination des heures supplémentaires à rémunérer. Algorithme de décision appliqué au C.H.I.C.

3 compteurs : - au 30/09/07 → compteur A

 - au 31/12/07 → compteur B

 - au 30/04/08 → compteur C

1) Calcul du différentiel : cpt 30/04/08 - cpt 31/12/07 → valeur D

Si $C > 0$ faire $C - B$

Si $C < 0$ prendre la valeur de C

2) Calcul du différentiel : cpt 31/12/07 - cpt 30/09/07 → valeur E

Si $B > 0$ faire $B - A$

Si $B < 0$ prendre la valeur de B

3) Calcul du différentiel : cpt 30/04/08 - cpt 30/09/07 → valeur F

Si $C > 0$ faire $C - A$

Si $C < 0$ prendre la valeur C

4) Recherche Eligibilité à une rémunération des heures au 31/12/07 → valeur H

Si $C < 0 \Rightarrow H = 0$

Si $C > 0$ et $D > 0$ Faire $B - D =$ valeur G

$D < 0$ prendre valeur B = valeur G

Si $G < 0 \Rightarrow H = 0$

Si $G > 0 \Rightarrow H = 1$

5) Recherche Eligibilité à une rémunération des heures au 31/12/07 → valeur I

Si $H = 0 \Rightarrow I = 0$

Si $H = 1$ et si $A > 0 \Rightarrow I = 1$

6) Détermination du nombre d'heures à rémunérer au 30/09/07 → valeur J

Si $I = 0 \Rightarrow$ pas d'heure

Si $I = 1$ et si $F > 0$

 Et si $E > 0$ prendre la valeur de A = Valeur J

 si $E < 0$ prendre la valeur de B = Valeur J

 si $F < 0$

 et si $D > 0$ prendre la valeur de B = Valeur J

 si $D < 0$ prendre la valeur de C = Valeur J

Discriminer J en ≤ 14 heures et > 14 heures

7) Détermination du nombre d'heures à rémunérer au 31/12/07 → valeur H

Si $D > 0$ faire $B - J =$ Valeur H

Si $D < 0$ faire $C - j =$ Valeur H

Discriminer H en ≤ 14 heures et > 14 heures

Annexe 2 – Présentation du dispositif heures supplémentaires au C.H.I.C.

Comité Technique d'Etablissement
Séance extraordinaire du 3 Juillet 2008

MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE RECUPERATION DES HEURES SUPPLEMENTAIRES, AU 31 DECEMBRE 2007
--

Le dispositif, issu du protocole d'accord national du 6 Février 2008, traduit dans les décrets et circulaire du 14 Mai 2008, a fait l'objet :

- d'une démarche interne de communication :
 - aux instances (CTE du 18 Décembre 2007, 18 Juin 2008)
 - au personnel (Notes des 5 Janvier, 13 Mai, 2 Juin et 10 Juin)

⇒ **Annexe 1 ci- jointe**

- en parallèle du recensement du volume des heures supplémentaires et CET transmis à l'ARH le 6 Juin

⇒ **tableau joint en annexe 2**

- accompagnée d'un recensement des souhaits des agents au 30 Juin

⇒ **tableau joint en annexe 3**

Il est rappelé que l'accompagnement de l'A.R.H. sera :

1. Partiel : maximum de 50 % des heures et jours recensés, valorisés au tarif brut
2. Non pérenne : les établissements doivent depuis le 1^{er} Janvier 2008 constituer des provisions suffisantes pour couvrir les charges afférentes aux jours CET et heures supplémentaires
3. Evalué : l'utilisation des crédits du FEH (Fonds pour l'Emploi Hospitalier) devra faire l'objet d'un bilan par les établissements au 31.12.08

4. Contractualisé : chaque établissement devra veiller à l'avenir à l'évolution du nombre d'heures supplémentaires et jours épargnés, et inscrire dans les CPOM des objectifs concrets et réalistes en matière d'organisation du temps de travail médical et non médical

Il existe deux scénarios de ventilation de l'enveloppe sanitaire régionale de 10 429 650 €, soumis à validation de la COMEX du 15 juillet :

- 1^{ère} hypothèse :
 - répartition de 80 % de l'enveloppe régionale au prorata des effectifs (SAE 2006)
 - répartition de 20 % de l'enveloppe régionale en fonction principalement des souhaits d'indemnisation des agents
- 2^{ème} hypothèse :
 - répartition de 50 % de l'enveloppe au prorata des effectifs (SAE 2006)
 - répartition de 50 % de l'enveloppe régionale au prorata du volume des heures supplémentaires.

CRITERES DE REPARTITION DE L'ENVELOPPE REGIONALE SANITAIRE			
10 429 650 €			
1 ^{ère} hypothèse 80% -20%		2 ^{ème} hypothèse 50 % - 50 %	
CHIC (5.06% effectifs régionaux)			
1 ^{ère} répartition : 422 192 €		1 ^{ère} répartition : 263 870 €	
Reste à répartir : 2 085 930 €		Reste à répartir : 5 214 825 €	
Hypothèse basse 5.06 % des souhaits	Hypothèse haute 8% des souhaits	Hypothèse basse 5.06 % du volume des heures supplémentaires	Hypothèse haute 8 % du volume des heures supplémentaires
105 548 €	166 875 €	263 870 €	417 186 €
Total hypothèse basse : 527 740 €	Total hypothèse haute : 589 067 €	Total hypothèse basse : 527 740 €	Total hypothèse haute : 681 056 €
Taquet ARH à 50% des HS et CET (1 513 753 €) : 756 876 €			

Les demandes d'indemnisation au 30 juin 2008 s'élèvent approximativement à :

- CET : 110 000 € TTC
- Heures supplémentaires : 120 000 € TTC

Montant prévisionnel disponible après indemnisation des heures supplémentaires et CET :

- 1^{ère} hypothèse : entre 300 000 et 360 000 €
- 2^{ème} hypothèse : entre 300 000 et 450 000 €

En fonction du niveau d'accompagnement de l'ARH, le reliquat de l'enveloppe régionale pourrait être dédié à la récupération des heures supplémentaires :

- 1^{ère} hypothèse: entre 120 et 145 mensualités de remplacement
- 2^{ème} hypothèse: entre 120 et 180 mensualités de remplacement

En vertu de l'article 1 du décret n° 2008-456 du 14 Mai 2008, «le volume d'heures pouvant être récupérés est déterminé dans chaque établissement selon un échancier et un plafond arrêtés par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis des instances représentatives du personnel.»

Le Comité Technique d'Etablissement est invité à émettre un avis sur le plafond et l'échancier de récupération des heures supplémentaires au 31.12.07

Annexe 3 : Coupon réponse de demande d'indemnisation



ETAT DES HEURES SUPPLEMENTAIRES AU 31 DECEMBRE 2007
RECENSEMENT DES SOUHAITS DES AGENTS AU 30 JUIN 2008

«ID_AGENT»

«Nom» «PRENOM_AGENT»

«LIB_GRADE»

«LIB_UF»

Le volume d'heures pouvant être récupérées ou indemnisées est déterminé dans chaque établissement selon un échancier et un plafond arrêtés par le chef d'établissement après avis des instances représentatives du personnel. Ce volume sera conditionné par l'accompagnement financier de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, non connu à ce jour.

Compensation des heures supplémentaires souhaitées :

Compteur N° 6 au 31/12/2007	Compteur N° 6 au 30/09/2007 (A titre indicatif)	Compteur N° 6 au 30/04/2008 (A titre indicatif)
«Cpt_06_au_31_12»	«Cpt_06_au_30_09_07»	«Cpt_06__au_30_04»

Ne sont pas concernés les agents dont les compteurs sont à zéro ou négatifs au 31.12.07 ou au 30.04.08.

- **Je souhaite me faire indemniser les heures supplémentaires restant dues au 31.12.07 (non récupérées au 30/04/2008).**

Indemnisation : OUI ☐ NON ☐ NON CONCERNE ☐

Si oui, nombre d'heures que je souhaite me faire indemniser ?

Ce recensement n'emporte pas droit à paiement à hauteur du souhait exprimé.

Fait à Quimper, le juin 2008

Signature :

Coupon à retourner au secrétariat de la DRH impérativement avant le 30 juin 2008
(merci de bien vouloir conserver une copie)

**Annexe 4 – Comparaison coût de remplacement et indemnisation
des heures supplémentaires au 31/12/2007 (taux 1.07) et en 2008
(taux 1.25)**

		<u>Au 31/12/2007</u>		<u>2008</u>	
<u>Coût Mensualité Rempl.</u>	<u>Indice Majoré Moyen</u>	<u>Rém. HS</u>	<u>Diff.</u>	<u>Rém. HS</u>	<u>Diff.</u>
<u>30 jrs</u>	<u>du grade</u>	151,4	(HS - ct Mens)	151,4	(HS - ct Mens)
-		20 jrs x 7,57 h		20 jrs x 7,57 h	
ASH 2 231,30	293	2 340,23	108,93	2 064,98	-166,32
AS 2 452,50	327	2 358,85	-93,65	2 301,74	-150,76
IDE 2 709,00	423	2 411,62	-297,38	2 976,92	267,92
MER 2 699,09	418	2 408,89	-290,20	2 941,82	242,73
SF 3 224,00	485	2 445,78	-778,22	3 413,99	189,99

au 31/12/2007

Méthode de calcul HS (protocole paiement HS)

. 14 premières heures (tarif habituel majoré de 7%) : 107%

. Les heures suivantes sont indemnisées sur la base forfaitaire de 13 euros de l'heure

(quelque soit l'indice majoré ou la catégorie professionnelle de l'agent)

(Equivalence IM 407)

**2008 : Mode de calcul des HS hiérarchisé : variable selon l'indice
du bénéficiaire**

Evaluation du tx horaire ASH : IM 293

Heures dites normales

(TB Annuel)/1820*1,25 pour les 14 premières heures

(293*4,5570*12)/1820*1,25

11,00

(TB Annuel)/1820*1,27 pour les heures au delà des 14 premières heures
(293*4,5570*12)/1820*1,27

11,18

Evaluation du tx horaire AS : IM 327

Heures dites normales

(TB Annuel)/1820*1,25 pour les 14 premières heures
(327*4,5570*12)/1820*1,25

12,28

(TB Annuel)/1820*1,27 pour les heures au delà des 14 premières heures
(327*4,5570*12)/1820*1,27

12,48

Evaluation du tx horaire SF : IM 485

Heures dites normales

(TB Annuel)/1820*1,25 pour les 14 premières heures
(485*4,5570*12)/1820*1,25

18,22

(TB Annuel)/1820*1,27 pour les heures au delà des 14 premières heures
(485*4,5570*12)/1820*1,27

18,51

Evaluation du tx horaire IDE : IM 423

Heures dites normales

(TB Annuel)/1820*1,25 pour les 14 premières heures
(423*4,5570*12)/1820*1,25

15,89

(TB Annuel)/1820*1,27 pour les heures au delà des 14 premières heures
(423*4,5570*12)/1820*1,27

16,14

Evaluation du tx horaire MER : IM 418

Heures dites normales

(TB Annuel)/1820*1,25 pour les 14 premières heures
(418*4,5570*12)/1820*1,25

15,70

(TB Annuel)/1820*1,27 pour les heures au delà des 14 premières heures
(418*4,5570*12)/1820*1,27

15,95

Annexe 5 - Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète par discipline. Evolution de 1998 à 2004

Source : Ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 1998 à 2004

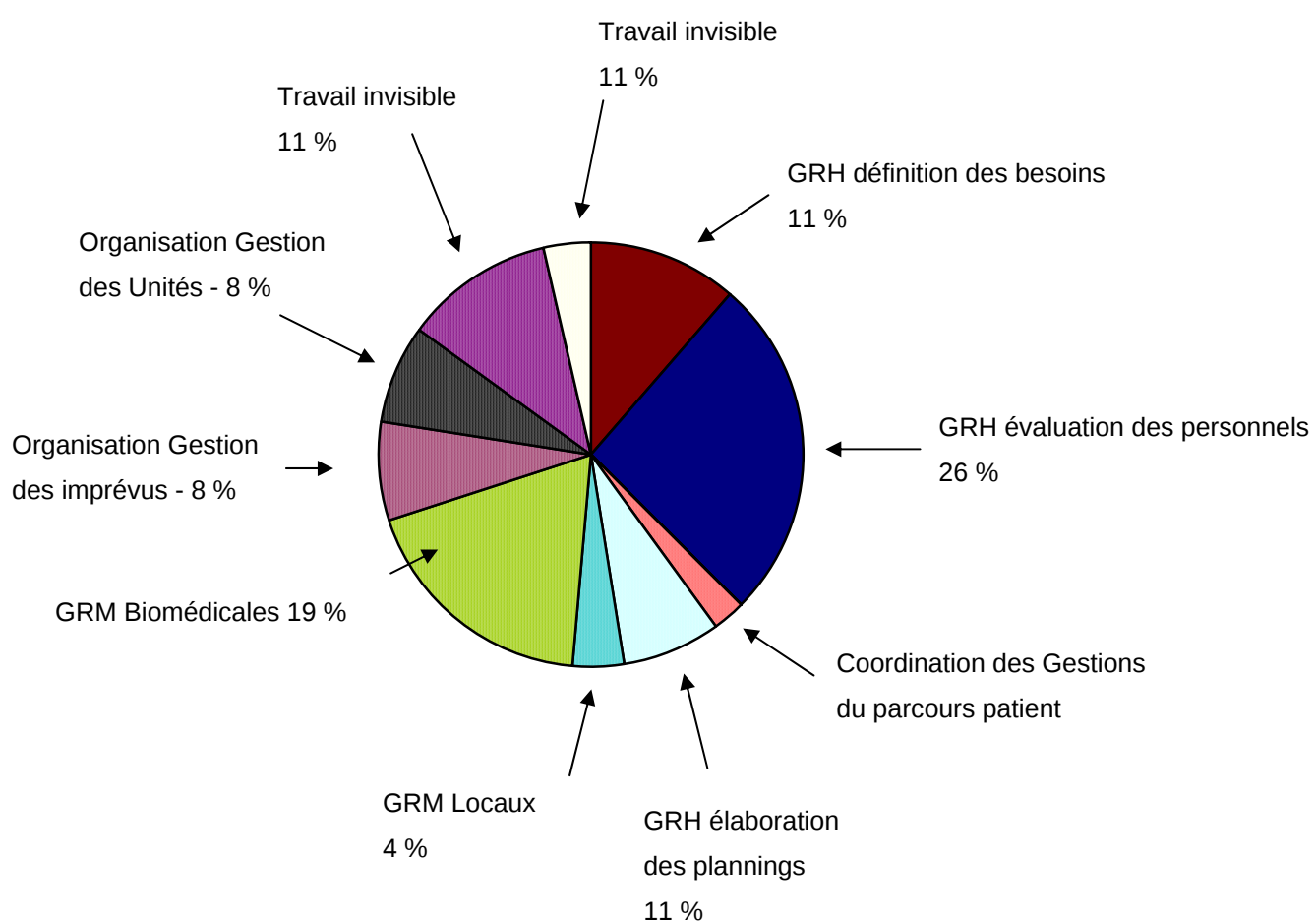
Groupes de disciplines d'équipement (2)	Durée moyenne de séjour (DMS) (1)		
	1998	2002	2004
Médecine	6,5	6,7	6,5
Chirurgie	5,2	4,9	4,8
Gynécologie-Obstétrique	5,1	4,6	4,5
Soins de courte durée (MCO)	5,8	5,7	5,5
Psychiatrie	34,0	30,4	29,9
Soins de suite et de réadaptation	32,5	33,1	33,0

(1) Nombre de journées réalisées rapporté au nombre d'entrées totales, exprimé en nombre de jours. Il s'agit de la durée moyenne des séjours de 24 heures ou plus en hospitalisation complète.

(2) Le ratio de la durée moyenne de séjour n'est pas significatif dans le cas de séjour en soins de longue durée

Annexe 6 : audit d'activité des cadres. C.H.I.C. Travail sur les organisations

ACTIVITES DES CADRES DE SANTE



ACTIVITE CADRES DE SANTE DE POLE

